

Revista PsicoFAE

PLURALIDADES
E Saúde Mental

FAE Centro Universitário

Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus

Presidente

Frei João Mannes, ofm

Diretor-Geral

Jorge Apóstolos Siarcos

FAE Centro Universitário

Reitor da FAE Centro Universitário

Jorge Apóstolos Siarcos

Pró-Reitor Acadêmico, Diretor Acadêmico

Everton Drohomerski

Pró-Reitor de Administração e Planejamento

Eros Pacheco Neto

Diretor de Relações Corporativas

Paulo Roberto Araujo Cruz

Diretora de Campus – FAE Centro Universitário

Andrea Regina Hopfer Cunha

Diretor de Campus da FAE São José dos Pinhais e Araucária

Elcio Douglas Joaquim

Diretor dos Programas de Pós-Graduação Lato Sensu

José Vicente B. de Mello Cordeiro

Diretor do Instituto de Ciências Jurídicas

Sérgio Luiz da Rocha Pombo

Ouvidoria

Mônica Bosio

Editor

Alexandra Arnold Rodrigues, Dra. (FAE)

Editores Associados

Alexandra Arnold Rodrigues, Dra. (FAE)

Joyce Kelly Pescarolo, Dra. (FAE)

Edgar Pereira Junior, Me. (FAE)

Camila Muhl, Dra (FAE)

Maria do Desterro de Figueiredo, Dra. (FAE)

Maria Fátima Minetto, Dra. (UFPR)

Nayane Martoni Piovezan, Dra. (Universidade São Francisco)

Fernanda Luzia Lopes, Dra. (Universidade São Francisco)

Giovanna Medina, Dra. (UFPR)

Mariana Cardoso Puchivailo (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo).

Conselho Editorial

Adriano Furtado de Holanda, Dr. (UFPR)

Guilherme Messas (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo).

Ileno Izídio da Costa, Dr. (UNB)

Coordenadores dos Núcleos

Areta Galat (Núcleo de Relações Internacionais)

Carlos Roberto Oliveira de Almeida Santos (Núcleo de Extensão Universitária)

Cleonice Bastos Pompermayer (Núcleo de Pesquisa Acadêmica)

Nacib Mattar Junior (Núcleo de Legislação e Normas Educacionais)

Elaine Cristina de Azevedo Pacheco (Núcleo de Empregabilidade)

Gabrielle Assunção de Melo Camargo (Núcleo de Admissão)

Nelcy Terezinha Lubi Finck (Núcleo de Carreira Docente)

Rita de Cássia Marques Kleinke (Núcleo da Pastoral Universitária)

Valter Pereira Francisco Filho (Núcleo de Inovação e Empreendedorismo)

Vera Dullius (Núcleo de Educação Digital)

Biblioteca

Soraia Helena F. Almondes (Campus Centro)

Núcleo de Educação Digital (NED)

Carolina Bontorin Ceccon (revisão)

Katia Regina Paulino (desenhista instrucional)

Thais Suzue Ikuta (diagramação)

Vera Dullius (coordenação)

Pareceristas

ISABELA DA SILVA PEROTTI (DOUTORANDA, FEUC), JULIA MINOSSI MUNHOZ (MESTRANDA, UFAL), MARIA IZABEL MACHADO (DOUTORA, UFG), MARIANA CORRÊAAZEVEDO (DOUTORA, UFPR), FERNANDA GABERLINI DE FERRANTE (MESTRE, CENTRO UNIVERSITÁRIO AUTÔNOMO DO BRASIL), ADRIANA TIE MAEJIMA (MESTRE, TJPR E UNIPAR), MARCOS ALAN VIANA (DOUTOR, FAE), AMANDA MENDES CAVALCANTE DOS SANTOS (ESPECIALISTA, FIOCRUZ), MAITÊ FERNANDA JONSSON (MESTRE, PEARSON BRASIL), MARJORIE RODRIGUES WANDERLEY (MESTRE, FEAS E UNIBRASIL), DISETE DEVERA (DOUTORA, UNESP), ORJANA DE OLIVEIRA PACHECO (DOUTORANDA, UFSCAR), ISAÍAS PEIXOTO DOS SANTOS NASCIMENTO (DOUTOR, FATECE, FAMEESP E FAMEF), PEDRO GUILHERME BASSO MACHADO (DOUTOR, FAE E UNIBRASIL), LÍVIA MARCIA BATISTA (DOUTORA, UNIFAL-MG), ANA PAULA DILGER (DOUTORANDA, UFPR), LUIS ALBERTO GUSTAVO NIEMIES JEREMIAS (MESTRE, SBPW), ADRIANO TOLEDO PEREIRA (MESTRE, FAE), TÂMILE STELLA ANACLETO (DOUTORA, FAE), LUANA CAVICCIÓN (MESTRE, FAE), BRUNA DE ASSIS ALMEIDA (DOUTORANDA, UFMG), ANA PAULA WILVERT (ESPECIALISTA, FAE), ROSSANA JOST (DOUTORA), INAÉ BENCHAYA (MESTRE, USP), RAPHAEL HENRIQUE CASTANHO DI LASCIO (DOUTOR, UNINDOMBOSCO), MIRELA STENZEL (MESTRE, CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMPOS DE ANDRADE), MARIANA ARENDT, NATALIA CESAR BRITO, LETICIA JOANA JARDIM (MESTRANDA, UFPR), CAROLINA DE SOUZA WALGER (DOUTORA, UFPR). CAPA: OFFÍCIO DESIGN

Revista PsicoFAE: revista acadêmica de psicologia, v.1, n.1,
2012 - Curitiba: FAE Centro Universitário, 1912-
27cm.

Semestral

ISSN 2447-1798 (Online)

doi.org/10.55388/psicofae

A partir do v.3, 2014, a revista está disponível online.

Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu>

A partir do v. 6, a revista passou a ser semestral.

1. Psicologia - Periódicos. I. FAE Centro Universitário.

CDD 150

CDU 159

doi.org/10.55388/psicofae.v1n2

Os artigos publicados na PsicoFAE são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não expressam, necessariamente, pontos de vista da FAE Centro Universitário.

Endereço para correspondência:

FAE Centro Universitário – Curso de Psicologia

Rua 24 de maio, 135 – 80230-080 – Curitiba – PR

Tel.: (41) 2105-4096

SUMÁRIO

CAUSOS SOBRE PSICOLOGIA NA RELAÇÃO COM AS VIDAS: ENTRE AMIZADE POLÍTICA E AS POLÍTICAS DO COMUM

Cayo Vieira
Luana Priscila Moreira Pereira
Saulo Luders Fernandes

DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ESPANHOLA AO CONTEXTO CATALÃO DE COLETIVOS INDEPENDENTES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rinaldo Conde Bueno

A DIREÇÃO DO TRATAMENTO A PARTIR DA ESCUTA DE PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS QUE ATUAM EM UM CAPS

Mariana de Paiva Pelet Vieira
Tiago Humberto Rodrigues Rocha

MULHERES E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES A PARTIR DA BIBLIOGRAFIA E DE UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Segislane Moésia Pereira da Silva
Marlene Helena de Oliveira França
Louise Hermania de Oliveira Marques

ADOÇÃO DE ADOLESCENTES E A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO PARENTO-FILIAL

Ingrid Danielle de Jesus Bento
Luciana Suárez Grzybowski

DE QUE MANEIRA OS CURSOS DE PSICOLOGIA ABORDAM A TEMÁTICA DE GÊNEROS E SEXUALIDADES? UMA ANÁLISE DE QUESTIONÁRIOS APLICADOS A ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA REGIÃO DE CURITIBA/PR

Fernanda R. Cabral Bonato
Roberta C. Gobbi Baccharim
Adriane Mussi
Norma da Luz Ferrarini

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E RENDIMENTO ACADÊMICO: UM ESTUDO COM OS ESTUDANTES DE PSICOLOGIA DO INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DO BIÉ

Vumbi Henrique Elavoco Quarta
Amândio Jamba Pedro da Fonseca

RESPOSTAS DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ENTRE ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DURANTE O CONTEXTO PANDÊMICO

Eliany Nazaré Oliveira
Francisca Verônica Dias Melo
Lídia Cristina Monteiro da Silva
Ravena Silva do Nascimento
Paulo César de Almeida
Paulo Jorge de Almeida Pereira

O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 EM INDIVÍDUOS COM ANOREXIA

Débora Manuela Serra Ferreira
Ivonise Fernandes da Motta

EFEITOS DA PANDEMIA SOBRE A ANSIEDADE, CONTROLANDO OS EFEITOS DA IDADE, SEXO E PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Sandra Adriana Neves Nunes
Melissa Corrêa Silva
Lucas Campos Silva
Marcos Gimenes Fernandes

TRANSTORNOS DISRUPTIVOS DE CONTROLE DE IMPULSOS E DA CONDUTA COM ÊNFASE EM TOD: UMA REVISÃO DA LITERATURA DE SUAS ALTERAÇÕES NEUROANATOMOFUNCIONAIS

Gabriela de Lima Cerqueira
Emilly Santos da Silva Carmo
Emanuel Santos de Araujo Filho
Larissa de Oliveira Ribeiro
Rodrigo Barbosa Nascimento

SUMMARY

6 TALES ABOUT PSYCHOLOGY CONCERNING LIVES: BETWEEN POLITICAL FRIENDSHIP AND THE POLITICS OF THE COMMON

Cayo Vieira
Luana Priscila Moreira Pereira
Saulo Luders Fernandes

15 FROM THE SPANISH PSYCHIATRIC REFORM TO THE CATALAN CONTEXT OF INDEPENDENT COLLECTIVES IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH: AN EXPERIENCE REPORT

Rinaldo Conde Bueno

26 THE DIRECTION OF THE TREATMENT FROM THE LISTENING OF PSYCHOLOGISTS AND PSYCHIATRISTS WHO WORK ON A CAPS

Mariana de Paiva Pelet Vieira
Tiago Humberto Rodrigues Rocha

43 WOMEN AND MENTAL HEALTH: REFLECTIONS FROM THE BIBLIOGRAPHY AND AN EXPERIENCE REPORT

Segislane Moésia Pereira da Silva
Marlene Helena de Oliveira França
Louise Hermania de Oliveira Marques

57 ADOLESCENTS ADOPTION AND THE CONSTRUCTION OF THE PARENT-CHILD BIND

Ingrid Danielle de Jesus Bento
Luciana Suárez Grzybowski

74 HOW DO PSYCHOLOGY COURSES APPROACH THE THEME OF GENDER AND SEXUALITY? AN ANALYSIS OF QUESTIONNAIRES APPLIED TO PSYCHOLOGY UNDERGRADUATE STUDENTS FROM CURITIBA/PR 81

Fernanda R. Cabral Bonato
Roberta C. Gobbi Baccharim
Adriane Mussi
Norma da Luz Ferrarini

85 EMOTIONAL INTELLIGENCE AND ACADEMIC PERFORMANCE: A STUDY WITH PSYCHOLOGY STUDENTS FROM THE BIÉ HIGHER POLYTECHNIC INSTITUTE

Vumbi Henrique Elavoco Quarta
Amândio Jamba Pedro da Fonseca

97 POST-TRAUMATIC STRESS RESPONSES AMONG HIGHER EDUCATION STUDENTS DURING THE PANDEMIC CONTEXT

Eliany Nazaré Oliveira
Francisca Verônica Dias Melo
Lídia Cristina Monteiro da Silva
Ravena Silva do Nascimento
Paulo César de Almeida
Paulo Jorge de Almeida Pereira

111 THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON INDIVIDUALS WITH ANOREXIA

Débora Manuela Serra Ferreira
Ivonise Fernandes da Motta

124 EFFECTS OF THE PANDEMIC ON ANXIETY, CONTROLLING FOR THE EFFECTS OF AGE, GENDER AND PHYSICAL EXERCISE

Sandra Adriana Neves Nunes
Melissa Corrêa Silva
Lucas Campos Silva
Marcos Gimenes Fernandes

139 DISRUPTIVE IMPULSE CONTROL AND CONDUCT DISORDERS WITH AN EMPHASIS ON ODD: A LITERATURE REVIEW OF THEIR NEUROANATOMOFUNCTIONAL ALTERATIONS

Gabriela de Lima Cerqueira
Emilly Santos da Silva Carmo
Emanuel Santos de Araujo Filho
Larissa de Oliveira Ribeiro
Rodrigo Barbosa Nascimento

EDITORIAL

Prezadas leitoras e leitores,

Abrimos a última edição deste ano com uma entrevista potente; em “Causos sobre a psicologia na relação com as vidas: entre a amizade política e as políticas do comum”, Saulo Luders Fernandes compartilha sua compreensão-experiência da psicologia enquanto ciência das vidas, instigado pelas perguntas de Luana Priscila Moreira Pereira e Cayo Vieira. A partir do trabalho com povos originários e comunidades tradicionais, Saulo pensa a psicologia que se constrói na experiência, no compartilhar (em íntima relação com o ambiente e território), e que aceita e coexiste com o não saber que compõe a existência dos seres vivos.

Vale a pena destacar que, mediante decisão do conselho editorial, frente ao aumento do fluxo de recebimento de artigos, nossa revista passará a publicar até dez artigos por edição. Dito isso, o primeiro artigo desta edição é um relato de experiência elaborado por Rinaldo Conde Bueno a respeito dos desafios da reforma psiquiátrica espanhola e o importante e atual papel de coletivos independentes na região da Catalunha junto aos serviços de saúde mental. O sensível texto de Rinaldo nos provoca a pensar no fluxo e na força das micropolíticas, um bom mobilizador de “inflexões” — nas palavras do autor.

Ainda no campo da saúde mental, as leitoras e leitores poderão conhecer a pesquisa de Mariana de Paiva Pelet Vieira e Tiago Humberto Rodrigues Rocha intitulada “A direção do tratamento a partir da escuta de psicólogos e psiquiatras que atuam em um CAPS”, e o estudo de Segislane Moésia Pereira da Silva, Marlene Helena de Oliveira França e Louise Hermania de Oliveira Marques, aqui intitulado de “Mulheres e saúde mental: reflexões a partir da bibliografia e de um relato de experiência”.

No primeiro, os autores investigam a percepção de profissionais psi atuantes em um CAPS sobre a intervenção clínica estar ou não sendo relegada a um segundo plano frente às pautas sociopolíticas de inclusão desdobradas da reforma psiquiátrica. As conclusões são delineadas a partir de uma interessante articulação psicanalítica que evoca a importância da clínica como ponto de partida para uma inclusão não alienante do sujeito.

Já no segundo artigo supracitado, o leitor encontrará uma rica problematização sobre a histórica associação entre loucura e o feminino *versus* a sua etiologia sociopolítica. Enquanto desdobramento de experiência prática junto à Rede de Atenção Psicossocial, o estudo aponta, por meio de relatos, a influência das condições estruturais e das interseccionalidades sob o fenômeno analisado.

Na sequência, o artigo de Ingrid Danielle de Jesus Bento e Luciana Suárez Grzybowski se propõe analisar a construção do vínculo entre pais e filhos adolescentes em contexto de adoção tardia. A partir da escuta de pais e filhos neste contexto, as autoras exploram particularidades desta faixa etária e suas reverberações na relação, além dos desafios, sentimentos e estratégias de enfrentamento realizadas pelas famílias no processo de adoção.

No artigo intitulado “De que maneira os cursos de psicologia abordam a temática de gêneros e sexualidades? Uma análise de questionários aplicados a estudantes de Graduação em Psicologia da região de Curitiba/PR”, as autoras Fernanda Cabral Bonato, Roberta Gobbi Baccarim, Adriane Mussi e Norma da Luz Ferrarini investigam a existência de possível lacuna na formação de psicólogos, conforme pesquisas que consultaram, associada à ausência de conteúdos referente a sexualidade e gênero. O estudo investiga a

realidade de Instituições de Ensino Superior de Curitiba a partir de uma amostra por conveniência realizada em 2018, permitindo uma visão parcial sobre a realidade formativa da época.

Ainda como contribuição para pensar a formação de psicólogos, mas neste caso a partir de uma pesquisa no Instituto Superior Politécnico do Bié, em Angola, o artigo de autoria de Vumbi Henrique Elavoco Quarta e Amândio Jamba Pedro da Fonseca explora possíveis correlações entre inteligência emocional e rendimento acadêmico.

De autoria de Eliany Nazaré Oliveira, Francisca Verônica Dias Melo, Lídia Cristina Monteiro da Silva, Ravena Silva do Nascimento, Paulo César de Almeida e Paulo Jorge de Almeida Pereira, o artigo “Respostas do estresse pós-traumático entre estudantes do Ensino Superior durante o contexto pandêmico” se propõe a apresentar uma pesquisa de cunho estatístico descritivo, valendo-se de Escala de Transtorno de Estresse Pós-traumático, realizada com mais de 400 estudantes cearenses em 2022.

Ainda em torno da pandemia de Covid-19 seguem os próximos dois artigos. O artigo de Débora Manuela Serra Ferreira e Ivonise Fernandes da Motta apresenta uma pesquisa realizada com três participantes diagnosticados com anorexia e sua relação com a comida durante a pandemia. Sob uma análise qualitativa dos dados, respaldadas em uma leitura winnicottiana, as autoras problematizam agravos no quadro de saúde mental e o aumento de comportamentos compensatórios com as preocupações decorrentes da pandemia, conforme identificado junto aos participantes.

Na mesma esteira, o artigo “Efeitos da pandemia sobre a ansiedade, controlando os efeitos da idade, sexo e prática de exercício físico”, de Sandra Adriana Neves Nunes, Melissa Corrêa Silva, Lucas Campos Silva e Marcos Gimenes Fernandes, apresenta um estudo realizado com mais 500 participantes que permitiu identificar um aumento de ansiedade (traço e estado), ainda que variável conforme idade, sexo e prática de exercício físico. O resultado da pesquisa permite mapear grupos mais vulneráveis e ponderar sobre prioridades na promoção de saúde mental pós-pandemia.

Por fim, o artigo de Gabriela de Lima, Emilly Santos da Silva Carmo, Emanuel Santos de Araujo Filho, Larissa de Oliveira e Rodrigo Barbosa Nascimento, intitulado “Transtornos disruptivos de controle de impulsos e da conduta com ênfase em TOD: uma revisão da literatura de suas alterações neuroanatomofuncionais”. Neste estudo, foram levantadas correlações entre alterações neuroanatomofuncionais consideráveis dos quadros indicados, mas associados a outros diagnósticos, tais como TDAH e traços de psicopatia, por exemplo, deslinda disto uma provocação para ampliação de estudos na área.

Boa leitura!

Profª Drª Alexandra Arnold Rodrigues
Editora

Causos sobre Psicologia na Relação com as Vidas: entre Amizade Política e as Políticas do Comum

Tales about Psychology Concerning Lives: Between Political Friendship and the Politics of the Common

Cayo Vieira , Luana Priscila Moreira Pereira e Saulo Luders Fernandes

Em outubro de 2023, o curso de Psicologia da FAE promoveu o congresso Internacional de Psicologia, com o tema *Psicologia para quem e para quem?* Diante dessa provocação e com muito entusiasmo, tivemos a oportunidade de entrevistar para esta edição o psicólogo Saulo Luders Fernandes, um dos palestrantes do evento que, na ocasião, ministrou o minicurso *Psicologia e práticas de cuidado em territórios tradicionais: diálogos interculturais em saúde* e apresentou ao lado de Maria da Graça Silveira Gomes da Costa a palestra *A retomada do território: possibilidades para a Psicologia*.

Saulo é uma referência no estudo e pesquisa da Psicologia Social em composição com povos tradicionais e movimentos de luta pela terra, possui doutorado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo, onde realizou uma pesquisa sobre itinerários terapêuticos de moradores de um quilombo do agreste de Alagoas, com o objetivo de analisar a atuação da política de atenção básica neste território. No mestrado em Psicologia realizado na Universidade Estadual de Maringá, desenvolveu uma pesquisa sobre o envelhecimento em uma comunidade ribeirinha, tendo como base metodológica a pesquisa participante. Realiza pesquisas e projetos de extensão na área de Psicologia Social com ênfase na luta e garantia de direitos de comunidades tradicionais, quilombolas, indígenas e movimentos de luta pela terra de Alagoas. Atualmente, Saulo é professor de Psicologia do Instituto de Psicologia e do Programa de Pós-graduação na linha de pesquisa Saúde, Clínica e Práticas Psicológicas da Universidade Federal de Alagoas.

Nesta entrevista, propusemos retomar seu encontro com a Psicologia, sua trajetória como pesquisador e docente na área da Psicologia Social e seus atravessamentos, focando na sua prática com povos tradicionais no cenário brasileiro. Esta entrevista foi organizada a partir dos seguintes tópicos: Psicologia Social e Inquietações; Transformações Epistemológicas em Psicologia Social; Psicologia Social e Saberes Tradicionais; e Desdobramentos Políticos. Assumimos aqui, como característica, a narrativa de Saulo como um “contador de causos”, por isso decidimos preservar seu relato casual nas respostas às perguntas realizadas. Seguindo a ideia de uma Psicologia que se modifica a partir da relação com o território que atua, a noção de contar causos também aparece como uma insurgência diante de muitas formas de dominação coloniais.

Quem é o Saulo, de onde ele vem, o que considera sua origem? Como foi sua introdução no campo da Psicologia Social?

Saulo Luders Fernandes: Eu sou Saulo Luders Fernandes, atualmente professor da Universidade Federal de Alagoas. Sou paranaense, nascido em Maringá, interior do Paraná. A Avenida Colombo é uma avenida que divide a cidade de Maringá, né? Da Avenida Colombo para baixo é a região que também engloba a Universidade. Da Avenida Colombo para cima, você vai chegando no centro, Zona Dois, que é um lugar já de classe média, média alta. Minha vida foi cortada por essa avenida aos meus oito anos, com a separação de meus pais. Com a separação deles, eu tive a oportunidade de viver uma cidade cindida. Eu acho que isso determina um pouco o meu olhar sobre o mundo no sentido das desigualdades, de ver que a cidade nunca é a mesma e, frente às dificuldades, as pessoas buscam inventar o cotidiano. Uma coisa que eu tenho desde muito tempo, assim, eu gosto de ouvir as pessoas do cotidiano. Acho interessante pensar como as pessoas inventam a vida e criam um certo conhecimento sobre o mundo. Foi por esse caminho que eu iniciei meus estudos na Psicologia Social.

Com a professora Ângela Caniato, na graduação, eu conheci a pesquisa participante, o que é fazer pesquisa dentro das periferias. Com o professor Tomanik, no mestrado, eu comecei a me inscrever nos territórios tradicionais. Ele foi a primeira pessoa que me apresentou no território tradicional, que foi o povo ribeirinho do Rio Paraná.

Hoje eu entendo que eu estudava o cotidiano naquela época. E me interessava muito pelos idosos do Rio Paraná, pelo conhecimento deles. Sempre fui interessado pela sabedoria popular, pelas formas de organização da vida coletiva, dos conhecimentos que de alguma maneira não vão muito pelo racionalismo, sabe? Hoje eu penso assim. Na época eu não pensava isso não, só estava interessado também em ouvir os velhos e as velhas do Rio Paraná, coisa boa poder partilhar aquele tempo com eles. Tempo do rio, tempo da prosa e do caso. A gente monta um livro no mestrado. Um livro com contos de pescadoras, receitas de culinária e casos. E ali também já começa a aparecer de alguma maneira a

coisa do caso. De contador de história, de contar a história, contar caso, como forma de levar a vida e de construir saberes coletivos. Que é uma coisa que eu faço em todo canto, inclusive nas minhas aulas. A gente conta história e eu percebo que isso fortalece muito a capacidade de aprender das pessoas, sabe? O aprender em comunidade, experiência que produz mais experiência. A tentativa de não anular a experiência das pessoas. Porque eu acho que a academia tem um pouco esse movimento. Pouco não, muito, né? O racionalismo acadêmico, o cientificismo, de alguma maneira, busca anulação da experiência. E eu acho que o cotidiano é o inverso disso, é a afirmação da experiência com os outros, uma coisa que eu gosto de pensar e viver.

Quais inquietações te levaram a escolher a Psicologia Social? Elas foram respondidas e/ou se atualizaram?

Saulo Luders Fernandes: Na época, para mim, tinha muito de pensar os fenômenos sociais, os fenômenos psicossociais. Hoje eu não consigo pensar mais assim. Eu acho que a gente está trabalhando muito mais com a experiência e a vida das pessoas. Como que essas vidas se articulam com capacidade de existir e de resistir. É um pouco isso que eu penso! É isso que levo nos debates que eu faço nos povos tradicionais, a definição de Psicologia que eu trago hoje, já falei também em palestras, sempre gosto de falar essa definição porque ela intriga as pessoas. Eu falo que a Psicologia é a ciência da vida. Os estudos de saúde que desenvolvi junto com as comunidades sempre me trouxeram respostas similares: quando eu perguntava o que era saúde, eles respondiam, é vida, né? Que é a interpretação da vida, é o modo de vida. E eu fico pensando que a gente, na verdade, trabalha com a vida, mas não só as vidas humanas, eu penso que é a vida para além dos humanos. Então, eu penso que a Psicologia é a ciência das relações com as vidas. Então, a gente estuda relações com as formas de vidas que tem nos territórios, nas pessoas. Então, é um pouco assim que eu me situo hoje.

Eu acho que a Psicologia está atrasada, muito atrasada, comparada a outras Ciências Sociais, até as Ciências Biológicas também, no debate sobre a vida do planeta, a vida do mundo mesmo. A gente está

centralizado ainda num paradigma antropocêntrico, o que dificulta bastante a gente avançar na discussão das transformações políticas globais. Hoje, o maior problema que a gente está enfrentando são os problemas ecológicos. E ecológico, quando eu coloco, não é só o ambiente, né? Eu acho que, nos anos 90, até quando a gente aprendia na escola, a gente aprendia como ambiente, lidar com o ambiente. Na verdade, a gente está lidando com conflitos socioambientais. Eu concordo com o Baremlitt quando ele fala que a natureza é a maior força revolucionária. Não tem como capturar ela, sua potência de ação sobre o mundo escapa às instâncias humanas. Como disse Dona Zenilda Xukuru do Ororubá, lá de Pesqueira: “Esses homens da mercadoria e do Estado pensam que têm o poder, mas nós temos a força! Somos a força da natureza”, que é uma ideia de que a natureza é uma força que não tem como você controlar. Até se pretende fazer, mas não consegue. Então, percebe que o discurso da Psicologia vai caindo para um caminho assim, muito mais voltado a um debate de território, com as pesquisas que eu venho trabalhando. É isso que eu estou vendo hoje, pelo menos. E a invenção desse território com os agentes viventes ali dentro. Então, podem ser plantas, animais, pessoas, encantos, paisagem, forças, rio, montanha, tudo isso está, de certa forma, numa relação, produzindo outras Psicologias. A ciência que estuda as relações com as vidas.

Atualmente, estou fazendo a biografia de umbuzeiro, que fica na comunidade Poço do Lunga. Então, é interessante você pensar que ele é um agente do território, considerar ele como um sujeito, mais ou menos isso que eu acho que eu estou pensando na Psicologia Social hoje. Acho que se a gente não conseguir lidar com esse paradigma, a gente não vai avançar na Psicologia, vai ficar preso no paradigma moderno. O umbuzeiro é bicentenário, alimentou a comunidade, deu sombra, escuta, lugar de descanso, de casamento, de conversa e causo, de tempo fresco ao sol. Ele possibilitou o nascimento da soberania do território Quilombola Poços do Lunga. Ele foi plantado por Dona Tereza, bisavó da comunidade. Seres em relação produzindo territórios de abundância. Acho que tem um lugar de certa abundância, da afirmação da potência, mais do que de ficar preso a uma coisa que dá falta, sabe? Então, acho que nas comunidades

eu percebo muito isso, que é o encontro de compartilhantes. Não estamos trocando. A troca vai chegar lá em escassez, porque a troca é uma relação de escassez, de te dou isso e você me dá aquilo, mas chega uma hora que, ou você não vai ter o que dar, ou eu não vou ter o que dar. É uma relação de certa forma de um extrativismo também, né? Então, não é troca, é compartilhamento, no sentido de abundância, é trazer o que temos e criar com o que temos. Isso vai criando cada vez mais abundância.

Esse paradigma, de como o homem se relaciona com a natureza, é central, porque ele tem a ver também com o racismo, diretamente com a compreensão moderna, como que a divisão racial no mundo também é uma divisão entre os selvagens e os civilizados, entendeu? Quem é esse homem que nomeia o que é humano? É o homem que tem na sua base o racionalismo ocidentalocêntrico, que tenta subjugar todos os outros mundos que existem no universo, onde o corpo é um corpo que precisa ser controlado, assim como a natureza. Esse humano que se qualifica como homem: branco, cis, heterossexual, cristão, ocidental. Que diz que o mundo tem que girar em torno dele. O mapa do mundo mostra isso, o sonho do norte do mundo mostra isso.

Na construção desse homem também vai se construindo a natureza, na qual esse homem é dito como separado da natureza. E isso é uma compreensão civilizatória. Outros povos são vistos como não modernos a partir do momento que tem relação direta com a natureza. A ideia de civilizar o mundo é também a ideia de controlar a natureza. Fica evidente também quando podemos observar a questão de gênero, como as mulheres são mais próximas da natureza, por elas terem as forças afetivas muito mais presentes no corpo. Porque o homem ocidental é um sujeito sem corpo, né? É um corpo cindido da mente, da razão. E a razão que incide nesse corpo e tudo que escapa isso é visto como selvagem, incivilizado. Todas as outras formas de compreensão de mundo, metodologias, ontologias e epistemologias que vão estar de encontro com o corpo e a natureza são ditas como selvagens e perigosas e que precisam de controle. Esse é o projeto civilizatório. Essa compreensão ocidental/moderna sobre o que é natureza, é na

verdade um recurso para extrativizar e explorar, para que o homem ocidental exista. Vemos como exemplo como os crimes ambientais são tratados na mídia, né? Se não tem um humano em risco, fica tudo certo, mesmo que os animais da região estejam morrendo, mesmo que as árvores e os solos estejam desabando, sendo inundados. Aí o que é “não ter risco”? O colapso ambiental tem tudo a ver com a natureza e como os corpos daqueles ditos não civilizados são explorados.

E aí, essa humanidade que a gente estuda é dita humanidade civilizada, de alguma maneira, quando a gente faz essa separação, a gente está levando à frente esse projeto civilizatório, a colonialidade das vidas. Então, para mim, nos territórios tradicionais principalmente, não tem como aplicar uma Psicologia que está presa nesse paradigma da modernidade ocidental, já que nos territórios tradicionais os humanos são também natureza. Acho que a prática da Psicologia parte de práticas das alianças, das alianças com a diferença. Eu uso o conceito da amizade política, dou esse nome, assim, que eu peguei muito do Foucault. Essa ideia de pensar amizade. Acho que produzir Psicologia, pra mim, tem a ver com produção de relações de amizade. Essa amizade política é amizade pro mundo, não é pacto entre iguais. Na verdade, é como se fosse a gente expressar e manter as diferenças. Podemos encontrar também essa ideia no texto *O Futuro Ancestral*, do Ailton Krenak, onde ele vai discorrer sobre alianças afetivas, que são aquelas em que a gente mantém as diferenças e cria a partir das diferenças. As diferenças que vão criar o espaço ético e político para a ação. Eu acho que é isso que a gente faz. E para isso a gente tem que chegar num território também uma pessoa que também quer aprender. Todo mundo tem alguma coisa a ensinar e aprender. Acho que tem um jogo aí, né? E resistir. Na época do governo Bolsonaro, acho que a universidade aprendeu pra caramba isso. Se a gente manter a amizade pública, né? Se a gente se manter fechado na universidade, a gente tá perdido. Então as alianças com os movimentos sociais, o movimento de compartilhar experiências, criando uma rede de proteção e também de refúgio, restauração, foi e é muito necessário. Foi um grande aprendizado, eu acho, sabe? A partir de um sofrimento muito grande também.

Como você vê a transformação do saber epistêmico da Psicologia Social Comunitária? O quanto o trabalho com comunidades tradicionais e periféricas tem colaborado com mudanças nas epistemologias da Psicologia?

Saulo Luders Fernandes: Primeiro eu vou falar em relação ao que você colocou, como a Psicologia vai para os lugares, mas não se contamina com os lugares. Eu acho que isso é bem problemático. Eu penso que a Psicologia às vezes vai para o território, mas não se contamina com ele, torna o território um campo de pesquisa só, sabe? Por exemplo, eu faço pesquisa, daí leio o texto sobre a comunidade quilombola, mas vou pra lá e aplico qualquer outra coisa na comunidade, sem me contaminar, no sentido de avançar na relação com o território, sabe? Eu acho que é um pouco o que a gente está conversando, no sentido de poder aprender a construir com o outro, outras formas de pensar. Essa ideia de pesquisar pela contaminação é da autora Ana Tsing no livro *O cogumelo do fim do mundo: como habitar as ruínas do capitalismo*. Como produzir um lugar de restauração frente à destruição? Por meio da contaminação das experiências coletivas de reexistência, capacidade de habitarmos juntos a devastação.

Um exemplo são meus estudos com os itinerários terapêuticos, eu acho que, mais do que as teorias dos itinerários terapêuticos, o mais importante é o que nós vamos, de alguma forma, construindo com os itinerários e descobrindo também, reconstruindo na Psicologia as formas de cuidado. Formas de cuidado com plantas, formas de cuidado com o território, formas de cuidado comunitárias, formas de cuidado coletivas, com as encantarias e outras formas de reexistir. Então, tudo isso é forma de conhecimento. A Psicologia tem de, de alguma forma, se contaminar e se questionar a partir disso. Acho que é construir um campo de tensão ao encontro das pessoas, seus modos de viver e territórios. Quando a gente encontra as pessoas e o território, a gente tem que criar um campo de tensão para a Psicologia se rever, não aplicar algo ou testar algum conceito. Da vida brota experiência e com os outros as possibilidades de sabedoria.

Nestas experiências tenho que pensar também no que significa campo de pesquisa, porque, por exemplo, vou para a casa da dona Tonha, no Quilombo Poços do Lunga, não estou indo apenas para um campo, estou entrando na casa dela. Ali é também o lugar onde eu vou poder repensar a Psicologia e produzir coisas com aquelas pessoas que estão ali. Acho que esse é um ponto inicial para conversar como que a Psicologia não se contamina com os lugares que vai. Ela busca muito mais a explicação dos lugares, pensar os lugares, mas não se contamina com isso. Então, isso é um problema. Uma certa epistemologia da contaminação é interessante; você se contaminar, você poder exercitar o que eu chamo de “pesquisar com os pés no chão”.

Um ponto importante é sobre a definição de Psicologia da Descolonização, eu acho isso um erro, sinceramente. Porque a gente vai estar criando como se fosse uma área de conhecimento da Psicologia, como a Psicologia Hospitalar, a Psicologia da Saúde. Eu acho isso um problema já. Eu não acho que a gente tenha uma Psicologia Rural, por exemplo, a gente tem uma Psicologia que atua em contextos rurais. Ao atuar em contextos rurais, muda o modo de atuar como Psicologia também. Muda a forma de operar, de instrumentalizar a Psicologia, a forma de pensar as PsicoLOGIAS e suas epistemes. Desta forma, acho que o processo de descolonizar equivale a descolonizar toda a Psicologia. Não é uma Psicologia da Descolonização. Eu acho que tem a ver também com um certo mercado acadêmico, sabe? Porque a academia cria faixas de debate, de mercado de interesses, e aqueles autores que estão ali, debatendo aquilo, se tornam os cânones daquela área. Então, eu acho isso bem complicado, tratando ainda mais de uma questão política, de ação política, que está vinculada aos povos tradicionais e aos povos camponeses, quem pode ser proprietário da luta popular. Quer maior enganação que essa?

Então, eu acho que essa transformação, essa mudança, este giro epistêmico, também tem a ver com a entrada das pessoas negras e agora também as pessoas indígenas na universidade. Eu não acho que a mudança do conhecimento se dá apenas pela leitura epistemológica, mas na verdade pela permanência e presença dessas pessoas também nos espaços. Acho

que isso é determinante. Porque, como a gente falou, é o corpo e o território, as pessoas estarem enquanto corpo e território no lugar. Isso questiona e modifica. Eu, se eu estivesse em Maringá, possivelmente não teria esse percurso, não estaria estudando isso. Meu percurso se modificou porque eu fui para Alagoas. Isso é certeza absoluta, e o território lá me permitiu entrar. É claro que eu também abri espaço, que eu poderia ter ido para lá com pensamento também colonial total, trazendo toda a minha cultura, meu modo de vida, sem me contaminar com o modo de vida das pessoas e das terras e paragens alagoanas.

Sobre a aproximação da Psicologia Social com saberes tradicionais, como você enxerga a maneira de fazer essa aproximação? Considera uma aproximação necessária? O que você considera como violação/apropriação?

Saulo Luders Fernandes: Para esse debate, eu gosto de trazer um autor e dois casos. O autor que eu gosto de trazer é o Édouard Glissant, principalmente a obra *Poéticas da relação*. Ele escreve sobre o direito à opacidade ou o direito à não compreensão. Ele afirma que nós temos o direito a não compreender as coisas. E também tentar perceber que a não compreensão é um avanço para produzir uma relação ética com os outros e com outras formas de conhecer. Que tem a ver também, de certa forma, com o campo da diferença, né? Não é uma apropriação ou ocupação do espaço do outro. Gosto também de citar a Sarah Ahmed, que trabalha a afetividade política, e ela traz uma reflexão assim “você não tem que ocupar o espaço do outro, mas você deve fazer da dor dele a sua tristeza”, os dois autores falam sobre a relação com o desconhecido. E entra também como uma crítica à ciência moderna que nos ensina a buscar a luz, tão requerida ao iluminismo. Dar luz e colocar luz em tudo, né? Essa necessidade de saber do outro e da vida do outro, do modo do outro, para poder também produzir algum conhecimento. Mas eu acho que não é produzir algum conhecimento, na verdade é produzir o controle. Por que eu desejo esse conhecimento? Por que eu desejo essa verdade? Essa busca dessa verdade... E aí eu entro nos casos, o primeiro aprendi com os Tingui Botó que são um povo de Alagoas, um povo indígena

alagoano, que vive em Feira Grande, os quais eu tenho relação de amizade. Foi em um trabalho que fiz com eles, em nossas conversas ficava muito presente a ideia do segredo. Tudo que a gente ia conversar com eles, eles falavam do segredo indígena, do segredo deles. E era interessante, porque um e o outro meio que falavam “ô, velho, já foi muito, já falou bastante para eles aí, cuida do segredo”. Então, essa palavra, segredo, ficava muito presente entre eles e entre nós. E eu achei interessante, por que, como que eu vou trabalhar com eles, também com o segredo? Mantendo o segredo. Isso é uma questão ética fundamental, pois a nossa tendência é ou a gente encobre o outro para falar quem é ele, coloca todo um costume em você para falar quem é você, para determinar quem é você; ou a gente violenta ao ponto de tirar o segredo do outro, para falar “agora eu conheço você”. É uma relação de dominação. Penso, logo existo, na verdade, conquisto, logo existo, como disse Enrique Dussel. Não precisamos saber tudo sobre a experiência do outro para a gente poder construir alguma coisa juntos. O que você tem para contribuir, o que eu tenho para contribuir? Fazer junto, e é isso, é ótimo, né?

Mas o segredo não é algo que apenas se esconde, ele também é um caminho. O segredo não é algo apenas que você esconde, mas uma vida que você percorre. É um caminho de vida também, que tem a ver com sabedoria, com conhecimento, e que não tem como você passar para o outro diretamente, porque o outro vai ter que buscar o seu segredo também. Isso é interessante, porque traz como se fosse um ponto central da experiência. Você só produz conhecimento se tem experiência. Não adianta você achar que conhecimento vai ser parte da informação. Ele não vai chegar para você. Você é obrigado a ter a experiência. Então, o segredo tem a ver com manter a experiência como um fio condutor do conhecimento. E essa experiência não tem como também ser passada diretamente. Porque ela só acontece na relação. E só se vive também na relação com a manutenção do segredo. Porque se eu contar para você o meu segredo, ele já não existe mais. E mesmo que eu conte, você não vai conseguir atingir onde eu cheguei, porque não foi seu caminho. É

interessante demais, é complexo. Um pensamento que parece simples, mas, ainda hoje, quando eu falo, fico tentando entender um pouco, sabe?

Aqui eu penso na sua pergunta, sobre cuidar com violação ou apropriação. Se mantermos uma relação explícita da diferença, isso não acontece. Eu sou professor de Psicologia, tenho meus conhecimentos da Psicologia, você é rezadeira da comunidade, tem os conhecimentos como rezadeira, e nós vamos encontrar o que a gente pode fazer junto com tudo o que a gente tem. Qual ferramenta, qual caixa de ferramenta nós vamos construir aqui? Que coisa você vai trazer e que coisa eu vou colocar? E nisso vai criar uma nova máquina aqui de cuidado, uma nova máquina de ação política.

O último caso envolve o Pai Alex, o Juremeiro de Xangô das Alagoas, da cidade de Arapiraca. A Jurema é uma religião afro-indígena do Nordeste. Uma vez, o Pai Alex estava indo para a universidade comigo, trocando ideia, e falou assim, “ó, você é da ciência, né meu filho? Mas não é só você que tem ciência, eu também tenho a minha ciência, mas a minha ciência é a ciência do oculto”. E isso ficou na minha cabeça. Falei “ô pai Alex, do oculto por quê? Porque é difícil, porque não tem como ser compreendido, é isso?” Aí ele falou “não, meu filho, não é porque não tem como ser compreendido”. Eu pensei, “porque tudo que é oculto é difícil de compreensão, né? Já que eu não tenho como lançar a luz, na minha compreensão epistêmica e iluminista, se eu não tenho como lançar a luz, é difícil compreensão”. Aí ele falou “não, porque é uma ciência que nunca vai ser compreendida por completo”.

E aí eu gosto também de pensar nas palavras, a narrativa das pessoas é uma narrativa simples, a princípio, sabe? Mas a profundidade no que ele trouxe aqui é muito grande. Então é interessante também esse jogo. Na academia científica, a gente tenta criar palavras tão difíceis de compreensão para os outros, parece que é para distanciar as pessoas. O pai Alex me deu um outro ensinamento, me fez um giro epistêmico ali. Falou “olha, meu filho, você vem da luz. Você caminha onde quer a luz e eu sou aliado da escuridão. Ou pelo menos daquilo que é, de alguma forma, não nítido diretamente”. Então, achei bacana quando ele falou isso, ele caminha

no lugar com o desconhecido. O aliado dele é o desconhecido. O nosso aliado não é o desconhecido? O nosso aliado é uma certa verdade que no fundo me parece um plano moral de existência, conhecer para controlar, ou melhor, buscamos a destruição do desconhecido. Então, acho que isso é um compromisso ético, se for chegar mais próximo do Glissant, no sentido das relações ético-raciais, das relações com a diferença. Com isso, na verdade, a gente tá falando da violência, né? Porque se o desconhecido é aquilo que eu tenho que destruir ou capturar, na verdade, é o processo inicial da colonização. Domino, conquisto, logo existo. A minha existência está condicionada à conquista do outro. Só existo na condição de dominação, que existência medíocre e empobrecida. Manter o desconhecido causa em nós um certo incômodo, uma certa dificuldade. Então, acho bacana que o pai Alex é aquele que caminha na opacidade nesse sentido, aquela tentativa também de falar: não preciso saber de tudo pra lidar com a vida, sabe? Porque eu não vou saber também, né? Então lido com o desconhecido como um aliado.

Considerando a situação atual de crise climática e também de conflito de terras, marco temporal e outras situações de território que afetam os povos tradicionais, podemos enxergar uma migração forçada dos povos tradicionais e originários para o espaço urbano. Como você acha que podemos pensar numa Psicologia do Cuidado para esses modos de vida que precisam sobreviver na cidade?

Saulo Luders Fernandes: Eu acho que resposta fácil não tem não pra isso, o Davi Kopenawa fala no livro *A queda do céu*, que ele que ficou internado mais de meses no hospital sozinho e teve que aprender a língua dos brancos. Ele narra como esse processo foi violento, porque, pro povo dele, ninguém fala muito. Eles entendem a linguagem como um exercício de poder, não poder no sentido de dominação, mas no sentido de poder enquanto capacidade de ação sobre o mundo mesmo. Então, originalmente, ele é uma pessoa que fala menos e, ao mesmo tempo, quando ele ficou internado teve que aprender a língua dos brancos pra tentar se comunicar com esses brancos naquele contexto, mas também para poder expressar uma sabedoria sobre o cuidado com

a Terra, ele diz “parem o que vocês estão fazendo, porque senão nós vamos morrer, mas não só nós, vocês também”.

E aí quando você fala dessas crises ambientais, socioambientais, que estão levando as comunidades para os centros urbanos, é uma questão a se pensar muito. Quem é, por exemplo, o indígena que está chegando aqui? Como ele chega e o que ele traz também? Como que a cidade não permite que ele expresse o que ele traz. A cidade, na verdade, quer destituir ele de seu modo de vida, quer produzir uma integração à sociedade brasileira. Essa ideia de integração do indígena, essa acho que é uma questão que vem do Estado brasileiro há muito tempo. A tentativa de reintegração, o nome que eles dão é esse, né? Como se eles não fizessem parte desse território, o Brasil, ou melhor, a Abya Yala ou Pindorama, outros nomes que a gente pode dar. Então, assim, acho que é um debate que eu não tenho, não trabalho com indígenas em territórios urbanos, mas eu acho que é um debate que é muito atual e necessário ser pensado principalmente porque é preciso pensar as garantias de direitos desses povos. Tipo, são indígenas, trazem os modos de vida, trazem a experiência, trazem as concepções, suas cosmo percepções, e estão aqui tentando se encontrar nesse lugar, que, até para nós, às vezes, é estranho. Quando eu mudei de Palmeiras dos Índios para São Paulo, foi estranho demais os primeiros meses lá, foi muito estranho me encontrar naquele lugar. Isso que eu sou uma pessoa branca, socializada nessa civilização. Só que, para mim, foi muito estranho mesmo estar naquela cidade, naquela capital. As relações, a forma como as pessoas se tratavam, eu achava, de alguma forma, muito diferente de onde eu tinha vindo. Havia um certo distanciamento de todos.

Acho que para o povo indígena que vive a experiência do coletivo, viver na cidade é muito sofrimento mesmo, porque a gente não tem esse tipo de experiência. Mas nós meio que naturalizamos a ideia da individualização, do mundo privado, da vida burguesa. A nossa vida é guiada para isso, e a deles é uma vida compartilhada com a natureza e com os coletivos. A gente chega num lugar que não tem nada de experiência coletiva, nem na fala, nem na escuta do outro. Estou em Maceió atualmente e

entendo que vai começar a chegar essas situações para a gente trabalhar. Acho que as capitais, os grandes centros têm que começar a pensar isso, que não existe indígena não aldeado, como não existe quilombola sem quilombo. Os corpos são territórios vivos que expressam nossas existências e formas de pensar e agir no mundo. Levamos nossos territórios e ordenamos outras relações territoriais com os corpos das outras pessoas. Somos territórios vivos e incorporados.

Gostaríamos que você comentasse um pouco sobre a sua participação na elaboração de cartilhas orientadoras do CREPOP. Como foi essa experiência?

Saulo Luders Fernandes: É uma experiência muito bacana produzir cartilha do CREPOP, primeiro que o CREPOP tem um espaço e função importantíssima na Psicologia brasileira. Porque ele promove certas direções para as referências técnicas de atuação da profissão, e principalmente para práticas ou contextos que a gente não tem ainda muitas práticas consolidadas. Eu tive a experiência de escrever junto com um grupo a cartilha técnica de referência para atuação com povos tradicionais. Foi muito legal essa experiência. Principalmente porque a gente pôde partilhar de vários lugares do país as experiências com os povos tradicionais, enquanto psicólogas e psicólogos. Acho que isso também é interessante, como que esses psicólogos e psicólogas se encontram e falam, partilham suas vivências? Que tipo de diretrizes ou princípios a gente pode colocar aqui nessa cartilha para auxiliar as pessoas a guiarem suas práticas? Além delas também irem para consulta pública e serem construídas na coletividade de psicólogas e psicólogos de todo o país. Essa cartilha foi interessante porque quem estava coordenando o CREPOP falou: “foi uma das poucas cartilhas que não se centralizou e se discutiu escuta”. Você não coloca a escuta como o principal ponto de referência da Psicologia, que em sua maioria ela coloca a escuta como um ponto de referência. A Psicologia é aquela que realiza a escuta. Eu não sou contrário, não sou nada contra a escuta. Acho que é uma ferramenta importante para nós, até para conseguir lidar com a diferença. Tem muita coisa interessante sobre a escuta. Mas restringir nossa atuação muito fortemente a essa ferramenta também, de alguma

forma, traz um certo perfil de nossa atuação. Acho que mais do que só a escuta, a gente produz na relação com os outros a ação política. Em contato, em contaminação, como eu falei, em relação, em encontros, né? Então nessa cartilha a gente construiu propostas de construções coletivas, em sua maioria aprendidas com os movimentos sociais.

Considerando a necessidade de diálogo entre Psicologia com atores sociais, como você percebe os diálogos políticos possíveis?

Saulo Luders Fernandes: Eu acho que nós como psicólogas e psicólogos ocupamos ao menos três espaços: a gente ocupa espaço com os movimentos sociais e nos tornamos parte dos psicólogos que atuam com os movimentos. Tem psicóloga, psicólogo que atua na ponta, na garantia de direitos e fica numa das situações mais difíceis, porque ao mesmo tempo que tem que garantir o direito da população, ao mesmo tempo ele é um agente do Estado, de um Estado que nega esse direito. Assim, essa política aqui não é uma política de emancipação humana, infelizmente, apesar de todo o regime, de todos os marcos regulatórios apresentarem esse horizonte. Na prática, a gente sabe que isso não se concretiza. A minha atuação eu vejo muito mais voltada dentro da Universidade. Como agente do Estado, no sentido que sou professor universitário, professor federal, servidor público. Mas estou em relação muito forte com os movimentos sociais. Tanto que as discussões que eu faço são muito voltadas à autonomia, à soberania desses povos, pensar formas de invenção que eles fazem para resistir frente às lógicas de política de morte do próprio Estado, por vezes, ou do mercado neoliberal. E tem as/os profissionais que atuam diretamente no corpo do Estado na gestão das políticas, pensando as suas possibilidades de implementação.

Para fechar esse papo, porque eu acho importante pontuar, já que eu trabalho com povos tradicionais, é pensar como pensar democracia no Brasil, um projeto democrático no país com os povos tradicionais. Quero terminar a minha fala com isso, não sei se tem mais pergunta, mas quero terminar a minha fala com essa ideia, como pensar um projeto democrático de um país que não consegue se pensar plurinacional, por exemplo. Eu acho que a Bolívia

avançou nisso. Um país que não consegue pensar o direito da natureza, que não dialoga com aqueles que dialogam com a natureza, que não considera a natureza como parte da democracia. Eu não estou falando uma coisa que é inventada na minha cabeça. Já tem experiências no mundo que estão trabalhando nisso, tantos zapatistas, as mulheres curdas, as ecofeministas curdas no Oriente Médio, tem as mães bolivianas, no Equador também movimentos indígenas, latino-americanos que estão propondo esse outro giro.

No Brasil, eu acho que a gente ainda está caminhando muito lento nisso, sabe? E aí pensar a democracia com os povos tradicionais no Brasil eu acho muito difícil, se a gente tem um projeto que uma suposta democracia muito frágil que é aliada ao desenvolvimentismo. Eu vejo que o Brasil, nesse ponto, ainda está no caminho do Brasil que não deu certo, desta proposta extrativista e imperialista que assola nossas terras há mais de 523 anos. Mesmo os governos de esquerda, que se nutrem muito desse discurso ecológico, que Brasil é o país do futuro, ainda estão aliados ao desenvolvimentismo internacional. Então, pra mim, o Brasil ainda não teve um projeto democrático para os povos tradicionais, isso não acontece e não vai levar a gente a nenhuma mudança estrutural.

Por isso que eu aposto muito nas pautas dos povos tradicionais, nos seus modos de viver e nos seus projetos outros de experiência coletiva. Penso que estar com eles, caminhar com eles, é pensar uma mudança estrutural profunda no país. Debater raça, debater gênero, debater terra, a natureza, é fundamental. Um país em que o maior conflito que a gente vive ainda é relacionado a terra. Então, os povos tradicionais cruzam todos esses elementos. Por isso, que eu acho que aprendo com eles a pensar nas mudanças estruturais no país, uma democracia para os povos tradicionais. Mas temos muito ainda a caminhar para que isso aconteça. Queria terminar com essa fala só pra pensar essa conjuntura mais ampla e pensar que os povos vivem o sofrimento psicopolítico devido aos territórios onde eles estão instalados. São territórios onde os ditos recursos naturais para o neoliberalismo imperialista se encontram. Os recursos pro extrativismo. Então, é uma luta contra megaempreendimentos, contra o

colonialismo atualizado, tudo está envolvido e esses povos estão resistindo todos esses enfrentamentos. E é por isso que eu acho que a Psicologia tem o papel fundamental na construção de garantias de direitos junto com eles. E o direito da terra que eu acho que é o principal e fundamental para a soberania do poder popular.

Contribuição

Saulo Luders Fernandes

Referência no estudo e pesquisa da Psicologia Social em composição com povos tradicionais e movimentos de luta pela terra, possui doutorado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo. É professor de Psicologia do Instituto de Psicologia e do Programa de Pós-graduação na linha de pesquisa Saúde, Clínica e Práticas Psicológicas da Universidade Federal de Alagoas.

E-mail: saupsico@gmail.com

Luana Priscila Moreira Pereira

Graduanda em Psicologia pela FAE Centro Universitário.

E-mail: luanapmpereira@gmail.com

Cayo Vieira

Psicanalista membro da Associação Livre Centro de Estudos em Psicanálise (ALCEP/PR) e Psicólogo graduado pela FAE Centro Universitário.

E-mail: cayovvieira@gmail.com

Da Reforma Psiquiátrica Espanhola ao Contexto Catalão de *Coletivos Independentes* no Campo da Saúde Mental: Um Relato de Experiência

Rinaldo Conde Bueno¹

Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil

Resumo: O presente trabalho propõe uma imersão no contexto de reforma psiquiátrica espanhola pelo território catalão, por meio de um relato de experiência do autor in loco em uma estrutura territorial de atenção psicossocial e junto de alguns coletivos independentes atuantes nas políticas públicas e privadas em saúde mental. A Espanha vive tempos de profundas mudanças no contexto das referidas políticas públicas, para além da saúde, que impactam fortemente a vida dos cidadãos deste país. É neste ínterim que se formaram os referidos coletivos que buscam em suas constituições estruturais potencializar os modos de vida de seus integrantes e abarcar cada vez mais os territórios existenciais na comunidade, em especial os sujeitos vulneráveis e marginalizados pelo sistema governamental espanhol contemporâneo.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica espanhola, saúde mental, coletivos independentes catalães

From the Spanish Psychiatric Reform to the Catalan Context of *Independent Collectives* in the Field of Mental Health: An Experience Report

Abstract: The present work proposes an immersion in the context of Spanish psychiatric reform across the Catalan territory, through a report of the author's experience in loco in a territorial structure of psychosocial care and together with some independent collectives working in public and private mental health policies. Spain is experiencing times of profound changes in the context of the aforementioned public policies, in addition to health, which have a strong impact on the lives of the country's citizens. And it is in the meantime that the aforementioned collectives were formed, seeking in their structural constitutions to enhance the ways of life of their members and increasingly encompass existential territories in the community, especially vulnerable and marginalized subjects by the contemporary Spanish governmental system.

Keywords: spanish psychiatric reform, mental health, catalan independent collectives

¹ Psicólogo pela UFMG. Mestre pela PUC Minas. Doutor em Psicologia pela UFMG. Supervisor Clínico Institucional do CAPS II de Itabira (MG). Sócio-diretor da clínica Espaço Rizoma: Saúde Mental e Acompanhamento Terapêutico. E-mail: rinaldocob@gmail.com

Submetido em: 04/06/2023. Primeira decisão editorial: 11/09/2023. Aceito em: 16/10/2023.

Introdução

O presente artigo foi elaborado a partir de uma bolsa do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) em 2015, financiado pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) e vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Na programação destes estudos estive por um semestre no *Doctorado de Antropologia y Comunicació*, vinculado ao *Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social* da *Universitat Rovira i Virgili* (URV), de Tarragona, Espanha. Além disso, foi permitido neste período pelo diretor desta universidade que eu frequentasse como ouvinte um curso de *Posgrado en Salud Colectiva e Salud Mental* em Barcelona, organizado pela Rovira i Virgili na capital da Catalunha.

A partir dessas incursões, tratarei de alguns aspectos que resultaram nesta experiência e que relato aqui para compor o texto com minhas reflexões e experimentações. Destaco em Barcelona a experiência com a *Radio Nikosia*, participando de programas e reuniões, além de conhecer, via *Posgrado* em Barcelona, representantes das associações *ActivaMent* e *Arrels*, as duas com atuação na referida cidade, além de um serviço territorial de saúde mental.

Nosso método de pesquisa é baseado na observação participante, tendo sido feito um projeto de pesquisa com o planejamento das ações estruturadas cronologicamente ao longo de um semestre, tais como visitas técnicas, solicitação de entrada em instituições de saúde mental, período de permanência nestas instituições, devolutiva dos trabalhos desenvolvidos e o respaldo por meio de cartas de referência das instituições a que pertencia o pesquisador tanto no Brasil como na Espanha. Se por um lado praticamente todas as tentativas de pesquisar instituições na cidade de Tarragona falharam, ou seja, não foi permitida a entrada do pesquisador para as observações e visitas solicitadas, por outro, em Barcelona outros movimentos foram possíveis, como será descrito em seguida. Entrementes, as visitas aos centros de saúde mental de Barcelona me proporcionaram um incremento na pesquisa, no caso a documental, a partir do acesso a diversos jornais locais, folhetos e revistas

produzidos por universidades e por entes privados e associações, que tratavam de assuntos comunitários. Há uma produção significativa destes grupos, voltados em sua maioria para questões que se referem à região de Nou Barris, norte de Barcelona, tanto no âmbito da assistência social quanto no sanitário. São questões trazidas pela comunidade para serem discutidas em diversas instâncias com profissionais e voluntários da Atenção Primária, da Saúde Mental, da Educação, da Assistência Social, dentre outros. E, ainda, o contato com os alunos do *posgrado* nos colocou diante de discussões de profissionais do campo da saúde mental de outras regiões espanholas, como a da região metropolitana de Madri e da Andaluzia.

Retomando ao artigo em tela, primeiramente faço uma introdução da estruturação do movimento de Reforma Psiquiátrica da Espanha, para focar um pouco adiante no território catalão, onde pude mergulhar mais densamente, em função da minha pesquisa. Após discorrer brevemente sobre peculiaridades no campo da saúde mental catalã, ilustro minha prática com visitas e observações no *Centre de Salut Mental d'Adults* (CSMA), da região de Nou Barris. Depois desenvolvo narrativas em meus diários de campo e observações *in loco* acerca do contato que tive no *posgrado* e nas observações de campo com a associação *ActivaMent*, com a *Fundació Arrels* e com a *Radio Nikosia*. O recorte deste artigo tem como prerrogativa fundamental relatar a experiência do autor no campo da saúde mental na região da Catalunha, na Espanha, e relatar a diversidade e potência de alguns movimentos de *coletivos independentes* que atuam na referida área. A atualidade das propostas destes coletivos independentes e a atuação dos serviços de saúde mental de Barcelona em consonância com a rede de atenção primária em saúde vai ao encontro de práticas atuais que o pesquisador se vê incluído em tempos atuais e reitera a importância de se discutir e provocar inflexões nos protagonistas da assistência em saúde mental. Mais ainda, fomentar nos domínios universitários e nos de educação permanente em saúde, fundamentais para o desenvolvimento fértil das nossas ações e políticas públicas, o florescimento de novos e diversos percursos nesta importante seara de cuidados na comunidade.

Um Sobrevoos no Contexto da Reforma Psiquiátrica Espanhola

O Movimento de Reforma Psiquiátrica espanhol iniciou-se, ainda que timidamente, nos anos de 1970. Assim como no Brasil e em boa parte dos países ocidentais, a Espanha teve influência de países como França, Inglaterra, Itália e Estados Unidos. A partir dos anos de 1980, foram retomadas discussões em âmbito nacional sobre a Reforma Sanitária, dentre outras questões, depois de um processo de redemocratização, que, segundo Desviat (2015), ficou prejudicado por anos em razão da ditadura do general Franco, que durou de 1936 a 1973. O autor espanhol relata que a Lei Nacional de Saúde, de 1986, vinculava a assistência em saúde mental à comunidade, devendo ser alternativa “ao hospital psiquiátrico, contemplando a necessidade de estruturas intermediárias, de reabilitação e de reinserção social” (Desviat, 2015, p. 99). Há, ainda, o intuito de realizar a descentralização do sistema sanitário enfatizando o atendimento comunitário, que envolve a universalidade, a territorialização e a implantação desse sistema de atendimento na Atenção Primária. Para Salvador-Carulla et al. (2002), as propostas centrais da Lei Nacional são: vincular a psiquiatria à Atenção Primária em Saúde com o princípio da integralidade, de tratar as pessoas em seu território e de evitar internações em hospitais psiquiátricos; e atender às necessidades de grupos diagnósticos específicos, como crianças, toxicodependentes e idosos. A diretriz nacional infere que os serviços de saúde mental espanhóis com ênfase na assistência comunitária devem estruturar-se com base nos seguintes itens: programas de reabilitação e acompanhamento às pessoas com transtorno mental nos CSM; hospitais-dia; unidades hospitalares de reabilitação (semelhantes aos leitos-retaguarda nos hospitais gerais brasileiros); residências na comunidade; inserção em postos de trabalho e apoio econômico (Asociación Española de Neuropsiquiatria, 2002). Entretanto, os autores dos estudos citados acima afirmam que ainda são escassos os recursos em território espanhol para dar sustentáculo às atividades de reabilitação e suporte social, imprescindíveis a uma política voltada para o cuidado na comunidade.

À primeira vista, o Movimento de Reforma na Espanha estava bem planejado. Por isso esperava-se

uma evolução progressiva e que melhorasse de fato a assistência em saúde mental no país. No entanto, como apontam Desviat (2015) e Salvador-Carulla et al. (2002), às voltas com uma crise generalizada no governo ainda na década de 1990 e com algumas privatizações no setor de saúde que não conseguiram deslanchar em relação às propostas legais, iniciou-se um processo de estruturação desigual no território referido no que se refere aos planos da Reforma. Se, de um lado, o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde é digno de reconhecimento no âmbito europeu, a saúde mental não conseguiu acompanhar tal processo (Desviat, 2015).

É possível verificar diferenças regionais significativas entre as regiões espanholas. Na Andaluzia, por exemplo, existe uma fundação pública que gerencia recursos da assistência social para os pacientes em serviços do tipo residencial, acompanhamento em Centro de Saúde Mental (CSM), formação laboral e lazer, para citar as principais. Nesta região, foram fechados os oito hospitais psiquiátricos que existiam. Em Leganés, região metropolitana de Madri, um antigo hospital foi fechado e seus recursos foram reutilizados em diversos empreendimentos sociais e comerciais que compõem uma importante rede de assistência comunitária. Nas Astúrias, o processo de desinstitucionalização teve forte encadeamento antes da Lei Nacional de Saúde Mental, tendo obtido relevantes resultados ainda em 1982. Foi parcialmente fechado um grande hospital psiquiátrico na região, que ainda mantém alguns leitos e é referência para casos em que a rede não consegue assistir integralmente sua clientela. Em regiões como a Galícia, Navarra, País Basco e Castilla La Mancha observou-se o fortalecimento da rede de assistência em saúde mental com vários serviços, como: CSM, residências terapêuticas e reinserção laboral, além da interessante marca de parcerias feitas com movimentos associativistas, basicamente formados por usuários e familiares. Na Catalunha, é destacada uma rede importante de Centros-dia, com atividades integradas à Atenção Básica e a criação de CSM distritalizados, com o destaque para a colaboração entre iniciativa pública e privada (Asociación Española de Neuropsiquiatria, 2002). Em relação a esta última questão específica da

Catalunha, Desviat (2015) afirma que nesta província há esta característica diferenciada e adverte que é importante profissionalizar os serviços para amenizar as defasagens da rede, mas não necessariamente lançar mão de uma assistência conveniada em grandes proporções à psiquiatria privada. O autor ressalta que uma interessante saída para os déficits de assistência seria proporcionar a equidade dos serviços e maior participação dos usuários e da população no sistema de saúde.

Outro dado interessante do processo de reforma espanhol é a imprecisão das informações prestadas pelo Governo Nacional, em função dos diversos modos de tabulação de dados, que são construídos à sua maneira entre a iniciativa privada e a pública. Para piorar, muitos locais têm as mesmas funções, mas com nomes diferentes, e vice-versa. E, ainda, estruturas absolutamente manicomiais que mudam suas designações, fazendo-se passar por novos recursos assistenciais, angariando aportes públicos sem, todavia, mudar seu formato de trabalhar (Asociación Española de Neuropsiquiatria, 2002).

As Vicissitudes do Campo da Saúde Mental Catalã

Tendo em vista a necessidade de um recorte neste artigo acerca do contexto de reforma psiquiátrica especificamente catalão, faz-se importante tratar do percurso prático que desenvolvi por lá. Vale destacar que há uma característica específica das parcerias público-privadas na região, fato que presenciei em alguns dos equipamentos que visitei, e que nem sempre é salutar para o seu objetivo-fim: o público em geral. Para Desviat (2015), há uma queixa generalizada de que a privatização ou terceirização dos serviços de saúde há tempos não tem dado resultados satisfatórios para a população em geral, o que poderia indicar as diversas alternativas — muitas delas bem interessantes e com consistente percurso antimanicomial — encontradas em território espanhol, e que são denominadas de coletivos independentes no contexto da saúde mental catalã. Por coletivos independentes da saúde mental, vale ressaltar, entende-se que são coletivos que desenvolvem atividades e experiências de

ajuda mútua, de fortalecimento de subjetividades por meio de encontros, da produção de recursos, da construção e manutenção de relações sociais. Geralmente são grupos de pessoas com algum tipo de vulnerabilidade, sendo que aqui indicamos aquelas relacionadas à saúde mental, os etiquetados, como gostam de dizer os espanhóis.

No início do meu percurso catalão de pesquisa, tentei conhecer o sistema de saúde de Tarragona, a Atenção Primária em Saúde (APS) e o serviço de saúde mental, por meio de contatos com as próprias unidades, conforme indicado no início deste texto. Apesar de me identificar como estudante e de dizer que as visitas seriam breves, não consegui acesso a nenhuma unidade de saúde ali. Em Réus, terra de revolucionários como Gaudi e Tosquelles, que está a cerca de 15 quilômetros de Tarragona e 90 quilômetros de Barcelona, visitei o Instituto Pere Mata, o hospital psiquiátrico em que Tosquelles, expoente gigante da Psicoterapia Institucional, se especializou em psiquiatria. O hospital conta com um complexo de vários pavilhões, aos quais somos impedidos de visitar, sendo o pavilhão de *los distinguidos* (os distintos) o único aberto a visitação. Entretanto, do lado de fora, conseguia-se uma visão parcial de um grande pátio, onde ficavam alguns internos. Mesmo com a tranquilidade que o local inspira, ficou a impressão de que muitos estavam pesadamente medicados e com significativa dificuldade para caminhar.

O parque hospitalar do Instituto Pere Mata tem em seu pavilhão distinto uma riqueza ímpar. Com alguns traços herdados da cultura árabe da época em que conquistou a Península Ibérica, o prédio se destaca pelo estilo modernista que marcou a cidade de Réus no final do século XIX. Realmente, impressiona tanto pelo mobiliário quanto pela edificação do hospital. O instituto é privado e presta serviços em convênio com a administração municipal de Réus e com a província.

Se por um lado só pude visitar a parte voltada ao turismo artístico e cultural, por outro, pode-se constatar a proximidade da realidade espanhola em saúde mental com a rede brasileira, no que diz respeito à manutenção, ainda, de alguns grandes complexos hospitalares psiquiátricos. Não há dúvidas

de que houve avanço nos referidos países no campo do cuidado em saúde mental. Entretanto, é preciso avançar para que seja possível a multiplicação de dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos e da complexa ruptura destes frente à necessidade de produção de atos de cuidado aos sujeitos vulneráveis e fragilizados em sua existência (Yasui, 2010).

Abordarei em seguida alguns caminhos que percorri especificamente em Barcelona. Coloquei em minha rota um serviço de saúde mental que é modelo na cidade e que trabalha em rede com a APS. Esta é uma característica do movimento inicial da Reforma Psiquiátrica espanhola. Em seguida, relato os contatos que tive com a associação *ActivaMent*, com a *Fundació Arrels* e com a *Radio Nikosia*, estruturando estes relatos a partir de diários de campo, fazendo outros mapas com as capturas e sensações que tais encontros me proporcionaram.

O Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA)

Em Barcelona, conheci o CSMA, da região de *Nou Barris*, que é similar ao nosso Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Sua gestão é feita pela *Fundació Nou Barris*, formada por uma associação de profissionais que desde 1990 trabalha em convênio com o Serviço Catalão de Saúde. O CSMA visa desenvolver atividades em saúde mental e em interseções com a APS, educação e assistência social para toda a população adulta do bairro. Existe uma estrutura específica que atende crianças e adolescentes até dezoito anos, assim como seu universo familiar e escolar. Estes são os Centros de Saúde Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), considerados serviços de prevenção e assistência para a população do território distrital em situação de vulnerabilidade social e/ou psíquica. Mantém vínculos com universidades e estimulam práticas de estágio e de formação acadêmica, sendo que existe uma revista para publicações de pesquisas realizadas pela fundação, a *Revista L'Interrogant*², que começou suas atividades em 1998.

Em Barcelona, boa parte das internações psiquiátricas é feita em hospitais gerais conveniados com a rede pública, que nesta cidade totalizam quatro unidades. Sob a configuração de hospitais-dia são feitas

as internações dos sub-agudos, que, como o próprio nome indica, são casos menos complexos de intervenção e que não necessitam de permanência extensa nestas instituições. Para internações mais extensas, usa-se o serviço chamado de Alta Dependência Psiquiátrica, indicado para casos com permanência de até dois anos aproximadamente. E ainda — podemos destacar — há na região uma unidade de permanência dentro de um hospital (que *a priori* não é psiquiátrico) que prevê uma internação de até cinco anos, mas com pacientes que ficam lá para além deste tempo previsto (L. Medeiros, comunicação pessoal, 02 de agosto de 2015)³. Estas informações fornecidas⁴ favorecem uma importante reflexão sobre o que Desviat (2015) afirma do dado diferencial da região e também sobre os novos formatos de assistência citados pela Asociación Española de Neuropsiquiatria (2002). Pode-se perceber a partir deste breve mapeamento de Barcelona — e também de Tarragona — um forte aparato de intervenção em crises relacionadas aos sofrimentos mentais conectado ao circuito institucional hospitalar. Se não existem mais hospitais psiquiátricos como os de outrora, as estruturas que encontramos hoje, sob várias definições, facetas e funções indicam com grande precisão o que apontam as críticas dos próprios autores espanhóis que citamos acima. Pode-se observar que mesmo nas unidades dos hospitais gerais que tem intervenções e procedimentos que são de curta duração podem ser percebidas certas práticas manicomial de controle, como foi amplamente discutido no *posgrado* que participei, citado acima. Há aqui uma semelhança interessante com o Brasil. Mesmo que não tenhamos esta grande rede de convênios entre o público e o privado, com diversas modalidades de “intervenções”, é possível inferir que se o paciente não consegue uma boa inserção e tratamento satisfatório no equipamento disponível em seu território, ele corre um enorme risco de ser internado, no seu período de crise aguda, em instituições manicomial, sejam lá quais forem seus nomes.

³ Leticia Medeiros é uma psiquiatra brasileira que trabalha no CSMIJ e proporcionou gentilmente nossa imersão em algumas instituições da rede de saúde mental de Barcelona.

⁴ Estes dados foram colhidos no próprio local por meio de esclarecimentos e indicações dados pela psiquiatra que nos acolheu (L. Medeiros, comunicação pessoal, agosto de 2015), assim como acessados no site da Generalitat de Catalunya, Departament Salut. Recuperado de <http://www.f9b.org/es/que-es>

² Para acessar a revista, veja o site: <https://revistainterrogant.org/>

Voltando à Barcelona, o distrito de *Nou Barris* tem uma população aproximada de 165.000 habitantes. Possui dois CSMA, com uma equipe total de onze psiquiatras, seis psicólogos, seis enfermeiros, seis auxiliares administrativos, dois técnicos de informática e dois assistentes sociais. O funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira, das 9h às 18h, sendo que uma vez por semana cada centro estende seu horário até as 20h. Há, ainda, um serviço de urgências psiquiátricas, que funciona todos os dias das 9h às 13h30. Os dois CSMA são integrados à APS, mantendo uma estreita relação ali por intermédio do *Programa de Suport a la Salut Mental en l'Atenció Primària*, que é bem semelhante ao nosso matriciamento em saúde mental. O CSMA Norte faz esse trabalho de suporte através de seus psiquiatras, sendo que psicólogos e enfermeiros em breve farão parte da equipe. O espaço físico de cada CSMA se divide em: doze consultórios; uma sala de reunião; uma sala de espera; um arquivo; uma secretaria; uma cozinha e três banheiros. Não existe sala de oficinas ou para outras atividades terapêuticas. Estas são desenvolvidas, em geral, nos centros-dia. Os CSMA são voltados mais especificamente para o atendimento ambulatorial. Não há sala de dispensação de medicação. Os pacientes pegam a receita e vão a uma farmácia para pegar a medicação, sendo que os aposentados e desempregados ou com baixa renda não pagam pelos remédios. Pessoas que têm alguma condição financeira, mas não conseguem arcar com os custos integrais das prescrições regularmente, após avaliação da assistência social, pagam 40% do valor das medicações.

As observações feitas, especialmente aquelas proporcionadas pelas indicações da psiquiatra citada na visita e a experiência no *posgrado*, revelam que é possível verificar uma ampla estrutura ambulatorial no distrito assinalado, que é referência na cidade. Em relação aos CAPS brasileiros, há uma discrepância em relação ao número de psiquiatras pertencentes às equipes catalãs. Segundo Salvador-Carulla et al. (2002), a escassez do profissional de psiquiatria não é um problema tão acentuado na Espanha, ao contrário do enfermeiro. No caso do psiquiatra, isso talvez ocorra pela inclusão, desde os primórdios da Lei Nacional de Saúde, deste profissional nas equipes da APS, não havendo “concorrência” com outros setores do âmbito público. Praticamente

todos os psiquiatras da rede pública estão lotados na Atenção Básica, o que, conseqüentemente, faz com que o posicionamento dos serviços em núcleos de assistência favoreça a liberação de recursos oriundos do fundo nacional, que prioriza ações no sistema de atenção comunitário. Os serviços que estão fora do distrito, em geral, são privados e não necessariamente apresentam bons resultados em suas atividades (Desviat, 2015).

No dia da visita, o CSMA estava muito tranquilo, atendendo apenas uns poucos usuários que aguardavam na sala de espera. Pelo que observei, alguns profissionais estavam em visitas, dispersos pela rede e poucos consultórios estavam ocupados. O CSMA *Nou Barris Norte* pertence ao 8º Distrito de Saúde da cidade e é modelo para outros distritos, tendo sido o primeiro a atuar com a clientela acima descrita. Nas proximidades do Centro, encontram-se diversos serviços da área de saúde, de assistência social e de lazer e cultura, que compõem um complexo de prédios novos e de construções antigas, alinhadas por praça com estilo moderno, tipicamente catalão.

A Associação *ActivaMent*

A *ActivaMent* é uma associação sem fins lucrativos. Reúne pessoas que experimentam ou já experimentaram algum tipo de transtorno mental. Sua sede é em Barcelona. Foi fundada em 2011, sendo que outras unidades compõem a rede na Catalunha. É muito difundido na Espanha o termo diagnosticado ou etiquetado para referir-se a estas pessoas. Tem em um de seus pressupostos estruturais a luta contra a opressão sofrida pelo louco na sociedade e que, também, combate este estereótipo atribuído a estas pessoas. Os próprios associados fazem questão de referirem-se a estes termos para “fazer falar” mais acerca desta exclusão e da violência social. O coletivo pauta-se por ações fundamentais para se organizarem: falar sobre saúde mental em “primeira pessoa” e tratar da questão de empoderamento e da luta contínua contra o estigma. No caso da fala em primeira pessoa, os associados utilizam-se das próprias ferramentas (ajuda mútua) para se recuperar e, posteriormente, sair dele, criando formas de viver

e de se relacionarem. As decisões são tomadas pelo próprio grupo que, de forma assemblear e democrática, potencializa o ativismo em primeira pessoa. Para eles, é fundamental abandonar a etiqueta de enfermo, para proporcionar a recuperação do estado mental em que se encontram. Para os associados, o estigma desvaloriza a pessoa e esvazia-lhe a alma. Para tanto, é preciso valorizar a própria experiência e torná-la válida para si e para outros pares. Muda-se de um território para outro, dependendo da luta que se faz e dos anseios do coletivo. Em diversos depoimentos no sítio da associação, podemos destacar frases como: “é preciso sair do armário para lançar-se no mundo, fazer suas redes, encontrar pessoas, pois o isolamento e a falta de relacionamentos interpessoais é que enlouquecem de fato a todos nós”.

A gestão do *ActivaMent* se dá pela Democracia Direta, uma forma de gerir e compreender o grupo enquanto um múltiplo de singularidades, em que todos têm voz e, com isso, quebram as hierarquias. Processa-se, assim, a autogestão, em que se faz ouvir as suas próprias vozes, num sentido duplo com o delírio e com a afirmação de si mesmos. Falar por si e representando o coletivo, um lugar de multiplicidades, sem a interferência de profissionais ou pessoas que não são etiquetadas. Parte-se do pressuposto de que cada pessoa tem uma compreensão própria de saúde mental. Portanto, é importante a diversidade de vozes, mesmo que de uma só pessoa, sem diagnósticos e sem juízos.

Neste coletivo, considera-se o princípio de que as vozes são de todos e que elas devem povoar a existência de cada um. É uma luta contra o autoestigma para a construção de uma autoestima grupal, que se apoia mutuamente. O estigma traz grandes prejuízos, vergonha e asilamento, que se transformam em barreiras, às vezes, intransponíveis em certos momentos, que o grupo pode ajudar a ultrapassar. Negar a imagem reinante que se tem da loucura, aquela excludente, para viver a loucura que é o mundo! Para o grupo, a voz é a mensageira do sofrimento e deve ser escutada. É preciso quebrar o “mito” de que o técnico em saúde mental tem o saber sobre a doença e o paciente deve seguir resignadamente as proposições feitas pelo profissional. Em muitos casos, os associados

consideram que se não se vive a experiência ou, pelo menos, não se aprofunda na vivência da loucura, as saídas e sugestões são incompletas, sem lugar de fala. Os profissionais de saúde mental devem ser parceiros que, por tantas vezes, se fazem muito importantes e decisivos. Todavia, quem decide e discute os caminhos a serem tomados pela *ActivaMent* é o próprio grupo em primeira pessoa.

A associação é conectada a outros coletivos que lutam contra o estigma e pelos direitos das populações em desvantagem psíquica e social. Está aberta para quem quiser participar, basta marcar uma entrevista inicial. Algumas reuniões são abertas à comunidade em geral, em outras participam somente os etiquetados, nas quais se decide algo estratégico do grupo.

É fundamental que as pessoas associadas compartilhem suas experiências e necessidades, conectem-se a outros coletivos e refaçam suas redes de amizade e afetos. Em poucas palavras, o enfrentamento ao estigma significa empoderar-se, dar valor à própria voz, ser capaz de tomar decisões e exercer sua cidadania ativa, organizar-se para defender seus direitos na primeira pessoa, unir-se ao movimento associativo para expandir os desejos individuais e do coletivo e criar vínculos e projetos compartilhados com o grupo. Atualmente, a associação conta com a participação de mais de cem componentes.

A Fundação *Arrels*

Arrels: nome da Fundação, que significa “raízes”, em catalão. A *Fundació Arrels* é uma organização sem fins lucrativos, situada em Barcelona e atuante desde 1986. Começou a partir das inquietações de um grupo de voluntários que se deparavam com pessoas sem teto ou sem lugar, como dizem eles, em seus cotidianos. Estes voluntários faziam contato com as pessoas para tentar tirá-las da rua, indicando algumas opções ou simplesmente abastecendo-as com mantimentos primordiais.

No trabalho da *Arrels* são feitas abordagens sempre que se localiza alguém em situação de rua. O “aviso”, geralmente, é dado por um dos membros da equipe, por alguém que conheça o trabalho da *Arrels*, algumas de suas parceiras ou por pessoas que trabalham na rede de assistência pública de

Barcelona. A abordagem, segundo os membros da fundação, deve ser orientada pela paciência, confiança recíproca e sem tempo exato. Não se chega às pessoas nesta situação para arrancá-las dali e depositá-las em uma instituição municipal ou de qualquer outra ordem. Até porque as estruturas que existem no município não suportariam a demanda se simplesmente fossem enviadas tais pessoas para lá.

Não é um trabalho de deslocamento espacial, e sim existencial. A *Arrels* procura entrar no mundo da pessoa, entender o motivo pelo qual ela está vivendo nas ruas, para, assim, verificar o que pode ser feito por ela. Tenta-se, junto com *las personas sin hogar*, estabelecer uma situação de empatia e credibilidade, para transformar sua situação de vida, seja onde for. Os integrantes da fundação partem do pressuposto de que é fundamental que estas pessoas tenham um grupo social e um sentimento de pertença. O que se verifica é que muitos estão nas ruas por falta de opção, pois perderam empregos, se endividaram, não conseguiram pagar mais seus aluguéis ou tiveram rompidas suas relações familiares. Segundo os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística de 2022 (relatados pelos membros da fundação e indicados no *site da Arrels Fundació*), a grande maioria é de homens, cerca de 28% espanhóis e 50% buscam trabalho. A idade média é de 44 anos e a expectativa de vida desse grupo é de 56 anos. Quase 80% destas pessoas têm algum tipo de sofrimento mental e 46% foram vítimas de algum delito ou agressão. Em Barcelona, existem cerca de 1.231 pessoas *sin hogar*, segundo a estatística citada. Para aqueles que querem morar nas ruas, a opção é respeitada (*Arrels Fundació*, 2022).

A *Arrels* faz sensibilizações em diversos locais e instituições a respeito desta população em situação de rua. Busca conectar os diversos serviços de assistência de Barcelona, desde os serviços de saúde até os ligados a habitação. Denuncia violências sofridas pelas pessoas em situação de rua e propõe soluções para erradicar o problema. Conta com o apoio de entes públicos, privados, mistos e muitos voluntários, além de uma rede de instituições que trabalham pela mesma causa. O lema principal divulgado nas redes sociais é: *#Ningú dormint al carrer* (Ninguém dormindo na rua, em tradução livre).

Outra oferta citada pelos membros foi a de suporte emocional, ou suporte terapêutico, dado desde a primeira abordagem. Há certa dificuldade em integrar os *sin hogar* em alguns serviços públicos, provavelmente, pela sua invisibilidade (exclusão política e social) ou falta de um diagnóstico preciso para o encaminhamento “efetivo” destas pessoas. Esta questão me chamou muito a atenção por ser um problema sublinhado em praticamente todas as clínicas aqui dimensionadas que pretendem forjar algo de novo, com melhor potencial de assistência e de mudança efetiva na vida daqueles que necessitam de cuidados, sejam eles quais forem. Em muitas ocasiões, as “raízes que se movimentam” realizam caminhadas pela cidade ou permanecem em lugares ou praças onde se situam os “sem lugar” dando tempo aos espaços para que se situem e se recomponham. Assim possibilitam a oferta de um lugar aos sem lugares. Neste tempo, são feitas “negociações” entre a *Arrels* e os possíveis lugares (novos) que poderão acolher tais pessoas. Com “atrevimento” e disposição, muitos exercem a função de acompanhantes terapêuticos, termo usado por um dos membros da *Arrels* ao ser “provocado” sobre a função que desempenham, ação que os membros dizem aplicar em diversas ocasiões, especialmente se não são conseguidos locais para imediato acolhimento. Dependendo do caso, os acompanhamentos terapêuticos são feitos de forma intensiva, até mesmo permanecendo em companhia dos *sin hogar* nas ruas, dando a eles um amigo no lugar. São raízes que se formam de acordo com o fluxo demandante, se fixam e depois se deslocam para onde se cria um novo território.

O suporte se estende para outros encaminhamentos que visam, fundamentalmente, “apoiar” (ou dar novas raízes!) a pessoa para que ela alcance nova posição social, novo território e sua cidadania. A *Arrels* luta para tirar das ruas as pessoas sem lugar, pessoas que, não por escolha, em sua maioria, vivem nesta condição. Todavia, o trabalho se ramifica em diversas ações, com equipes multiprofissionais que se enredam aos voluntários, por se tratar de um universo particular e complexo. É preciso compreender este universo para ajudar, ir com o *sin hogar* para lugares que ele possa construir

outros territórios existenciais e pertencer de fato a eles. Importante salientar que os trabalhadores e trabalhadoras do *Arrels* têm uma boa conexão com os técnicos da rede de saúde e assistência pública em geral, assim como com os entes privados, tendo em vista a mescla de parcerias em que se vê o contexto atual de assistência à comunidade na Catalunha.

A Radio Nikosia

Em minha passagem pelo voluntariado de Trieste, no longínquo ano de 2002, eu havia conhecido a *Radio Fragola*, uma rádio comunitária que nasceu dentro do *ex-Compensorio San Giovanni*, que me foi apresentada por um usuário na época. Sempre ouvia sua ótima e diversificada programação, com notícias e músicas que se podem ouvir sem maiores aborrecimentos.

O primeiro dia em que marquei um encontro para conhecer a *Nikosia* era dia de reunião. Estava com um dos idealizadores do projeto, que me prestou muitas informações sobre a rádio e as experiências nikosianas. Pedi para participar e fui liberado pelo coletivo para fazer parte das discussões que decidiriam a pauta para o próximo programa.

Sobre a rádio: a *Nikosia* foi inaugurada em 2003, em Barcelona, inspirada na *Radio La Colifata*, de Buenos Aires, a “primeira rádio do mundo de dentro de um hospital psiquiátrico” (Alfredo Olivera, comunicação pessoal, 16 de maio de 2015)⁵, que começou suas atividades em 1991. Funciona na Plaza Real, local movimentado da cidade. É a primeira da Espanha no gênero. Os *nikosianos* se reúnem um dia da semana para decidir a pauta do programa, realizado dois dias depois, ao vivo, cujo espaço é negociado com outra rádio alternativa. Dentre acalorados debates e diversas opiniões presenciados em nossas visitas aos *nikosianos* e seus programas de rádio, pude apreender algumas questões que se fazem importantes para entender o que é essa experiência coletiva imponente, que indico aqui em seguida. Uma rádio dentro da outra que manda ideias para todo lugar! Têm muitos participantes,

mas não dá para contar direito, uns assíduos, outros esporádicos e muitos que vão e vêm quando querem. Dois coordenadores organizam a parte técnica das transmissões e acompanham as reuniões dirigidas pelo grupo, com várias alternâncias na condução do evento. Combate fortemente o estigma da loucura na sociedade, encadeando diversas discussões ao vivo, que contam com a participação de convidados e de ouvintes simultaneamente à transmissão do programa. É, literalmente, um veículo que faz circular a voz da loucura falada com voz própria, sem filtros. Não tem discurso certo ou errado. Todos falam, discutem, discordam, alegram-se. É uma clínica do imprevisto. Ou como nos fala Guattari (1985, p. 56), “potência do desejo contra a ordem do discurso”.

Na conversa entre *nikosianos* e o fundador da *La Colifata*, em nosso referido *posgrado*, comentava-se uma trama coletiva entre loucos, não loucos e interessados. Nessas rádios, a função não é tratar, é fazer expressar com seus próprios recursos, que vêm, que tocam e que chocam... Dos debates, *a priori*, não se quer fazer clínica, mas política. Por ser um processo aberto, virtual e comunitário, a rádio pode ser clínica, mas uma clínica que inventa modos. Tem efeito terapêutico, mas não se busca propriamente isso. Busca-se contestar porque são etiquetados, e isso lhes dá o direito de rebater, de negar e de resistir ao poder do modelo excludente. Falar pela rádio faz com que se rompam os muros do manicômio, que se vá para fora fazer encontros, estar em campos abertos, sair do campo da saúde. São novos espaços de subjetivação: “rompe e aparece!”. Turbilhonam na realidade pelo virtual. Tornam-se uma ação atual. Nos programas de rádio, todos os muros são ultrapassados. Forma-se uma multifamília, que faz com que as pessoas trabalhem em conjunto, usem sua criatividade para construir novos lugares de integração e vínculos. Em sintonia com Guattari (1985, p. 58), faz-se “o esboço de um mundo que nós mesmos agenciamos, os desvios maiores que operamos a partir de nossas línguas menores”.

A *Nikosia* (irmã mais nova da *La Colifata*) e as rádios assim são usinas de metáforas que invadem campos de mortificação: todos se metem lá dentro para nascer lá fora. Os *nikosianos*, assim como os colifatos, são pessoas inquietas, ativas, e nossas incertezas podem produzir algo, repensar as coisas.

⁵ Aula proferida por Alfredo Olivera, fundador da *Radio La Colifata*, no *Posgrado en Salud Colectiva e Salud Mental da Universitat Rovira i Virgili*, em maio de 2015.

Considerações Finais

A *Nikosia* pode fazer voar para todos os cantos a palavra negada. “*Nikosia é uma emissora que se pensa itinerante*” (Radio Nikosia & Associació Joia, 2005, p. 18). “É o momento de buscar compreender e apreender as particularidades desta voz que, desde sempre, ainda que não a vemos, busca, de uma maneira ou de outra, comunicar-se” (Radio Nikosia & Associació Joia, 2005, p. 22, tradução livre). Agora, se não veem, escutam! Na *Nikosia*, da mesma forma que Guattari trabalhava na comunitária Rádio Tomate, em Paris, na década de 1970, produzem-se conversas, temas que inquietam, chamam-se as pessoas para falar, sem restrições, sem comerciais, apenas com intervalos para se respirar e se reorientar. Experimentei falar durante um programa, fazendo a ressalva de que tinha chegado há poucos dias e que “meu espanhol” poderia complicar. Aí ouço algo como “aí é que vai ficar bom, porque a gente fala como pensa e se não entendem, a gente já falou. Alguém por aí vai entender”. Guattari indica que nas composições dos programas da Rádio Tomate falavam-se muitas línguas, as línguas dos guetos, dos imigrantes e das várias maneiras com que estas línguas podem ser faladas:

as formas de sintaxe, de retórica e de argumentação. Nada disso é feito dentro dos moldes dominantes (o que não quer dizer que as rádios livres não criem seus próprios moldes). Aliás, esta é uma das questões mais interessantes: Qual é a maneira específica de falar nas rádios livres? (Guattari & Rolnik, 2011, p. 109).

Soltar as vozes para além de qualquer muro, de qualquer obstáculo: eis aí um dos principais objetivos das “milhões e milhões de Alices no ar”, uma alusão de Guattari às rádios livres dos anos 1970, em especial à bolonhesa Rádio Alice, que inundavam as ondas de rádio com seus movimentos de revolta em diferentes processos político-culturais, com o objetivo de atingir e mobilizar o maior número possível de pessoas para provocar uma revolução popular, contra a ordem do discurso vigente (Guattari, 1985).

A intenção do movimento provocado pelas ondas do *Radio Nikosia*, pelo não etiquetamento da *ActivaMent* e pelas patrulhas da *Arrels* é a de quebrar a conexão com a soberania controladora do poder e das unidades de medida. Na primeira pessoa, a multiplicidade se faz, convoca o comum e o singular para provocar o turbilhonamento dos espaços e “inventar novas formas de cooperação e de associação, novos desejos e novas crenças, a partir das variações da multiplicidade” (Pelbart, 2002, p. 107). O combate ao estigma e o fortalecimento da autoestima são faces dessa composição de potência que transcende os territórios e forma outros, num fluxo militante que ressoa na cidade, povoa desertos e cria laços e afetos que compõem as máquinas de guerra para furar muros e organizações que degradam as diferenças, como nos propõem Deleuze e Guattari em seus “Mil Platôs” (Deleuze & Guattari, 2017).

Compreender o território existencial do outro é desviar-se do padrão de homogeneização da pós-Modernidade e criar modos de existência, clínicas, talvez indisciplinadas, capazes de atuar diante do imprevisto (Radio Nikosia & Associació Joia, 2005), do cotidiano (Mendonça, 2012), para termos uma transversalidade que desassujeite o saber para torná-lo comum e instituinte. Um comum da clínica, não uma especialidade clínica. Como indica Passos (2013), desviar-se da clínica “como um”, que torna o fazer normatizado, dominante, para fazê-la em um sentido de “como qualquer um.” É a ideia de comum como prática de, para, com, através de qualquer um” (Passos, 2013, p. 227), como caminham os barcelonenses da *Arrels*, da *ActivaMent* e da *Radio Nikosia*. São coletivos independentes potentes que criam territórios e inspiram mestiçagens, clínicas “menores” (Deleuze & Guattari, 2015) em modos de vida desinstitucionalizantes e instituintes. A instabilidade tanto dos sujeitos vulneráveis quanto do sistema de parceria público-privada encontram no formato de ajuda-mútua desses coletivos uma ou algumas saídas para as incertezas do mundo contemporâneo, em que a fragilidade de muitos de nós é engolida por um sistema normatizado e intransigente com a loucura, apesar desta ser inerente ao humano.

Referências

- Arrels Fundació. (2022). *Personas sin hogar, Barcelona, junio de 2022*. Recuperado de <https://www.arrelsfundacio.org/es/personas-sin-hogar/problematika/barcelona/>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos Técnicos, 6*.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2015). *Kafka: por uma literatura menor*. Autêntica.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2017). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (v. 1). 34.
- Desviat, M. (2015). *A reforma psiquiátrica*. Fiocruz.
- Guattari, F. (1985). *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. Brasiliense.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2011). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Vozes.
- Mendonça, L. D. (2012). Clínica de lo cotidiano em acompañamiento terapéutico. In A. C. Mendelstein (Org.), *Acompañamiento terapéutico en España* (pp. 85-91). Grupo 5.
- Passos, E. (2013). A construção da clínica comum e as áreas profissionais. In A. A. Capozzolo, S. J. Casetto, & A. O. Henz (Orgs.), *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde* (pp. 213-228). Hucitec.
- Pelbart, P. P. (2002). A comunidade dos sem comunidade. In A. Pacheco, G. Cocco, & P. Vaz (Orgs.), *O trabalho da multidão: império e resistências* (pp. 93-108). Gryfus: Museu da República.
- Radio Nikosia, & Associació Joia (2005). *El libro de Radio Nikosia: voces que hablan desde la locura*. Gedisa.
- Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez-Barquero, J. L., Muñoz, P. E., Gómez-Beneyto, M., & Torres, F. (2002). La salud mental en España: cienicienta en el país de las maravillas. In *Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica* (pp. 301-326). SEEP. Recuperado de <http://www.sespas.es/informe2002/cap15.pdf>
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Fiocruz.

A Direção do Tratamento a partir da Escuta de Psicólogos e Psiquiatras que Atuam em um CAPS

Mariana de Paiva Pelet Vieira¹ e Tiago Humberto Rodrigues Rocha²

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil

Resumo: A concepção do normal e do patológico associada a como o indivíduo se relaciona com seu ambiente tem se desenvolvido no campo da psicologia. Nesse contexto, o sujeito com sofrimento psíquico passa a não ser taxado pelo transtorno, mas como portador deste, aproximando as práticas classificatórias da lógica dos serviços substitutivos em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oriundos da Reforma Psiquiátrica brasileira. A demanda de cura dos sujeitos é transformada em demanda de inclusão social e escuta clínica, deixando a patologia determinada pela exclusão social. Para tanto, torna-se necessária a promoção de novas formas de encarar a clínica e os aparelhos de saúde mental. Nesse sentido, propõe-se a investigação sobre a hipótese de a Reforma Psiquiátrica ter relegado a clínica a um segundo plano em relação à demanda social através da percepção de como se dá a conduta terapêutica de psicólogos e psiquiatras de um CAPS. O presente estudo é exploratório, descritivo e qualitativo, tendo sido utilizada uma entrevista semiestruturada. Os participantes da pesquisa são psicólogos e psiquiatras atuantes em um CAPS do interior de Minas Gerais. Contrariando nossa hipótese inicial, foi percebido que há um trabalho clínico que não é sobrepujado pela retórica da inclusão, da oferta de discursos de adaptação e ressocialização. Partimos da definição de clínica ampliada e da perspectiva lacaniana para analisar as práticas institucionais do CAPS. A análise se deu a partir da teoria lacaniana dos discursos, em especial do discurso do analista, possibilitando a restituição subjetiva e política de seus usuários. Percebemos que a instituição busca assegurar um lugar que não cumpre a função de mestria, através de práticas como a ressignificação das crises. Destarte, buscamos indicar como o funcionamento do CAPS pôde sustentar uma clínica da psicose atrelada ao posicionamento político nos processos de inclusão social.

Palavras-chave: psicanálise, clínica, saúde mental, psicose, CAPS

¹ Psicóloga pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). *E-mail:* marianapeletpsi@gmail.com

² Psicólogo. Psicanalista. Doutor com dupla titulação em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Doutor pela Université de Rennes 2 (França). Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). *E-mail:* tiago.rocha@uftm.edu.br

Submetido em: 05/07/2023. Primeira decisão editorial: 09/10/2023. Aceito em: 23/10/2023.

The Direction of the Treatment from the Listening of Psychologists and Psychiatrists who Work on a CAPS

Abstract: The conception of the normal and pathological associated to how the individual relates to his environment has been developed in the psychology field. In this context, the subject with psychic suffering stops being taken by his disorder, but as bearer of his disorder, approaching the qualifying practices of the logic of mental health substitute services, such as the Psychosocial Attention Centers (CAPS), natives of the Brazilian Psychiatric Reform. The subject's demand of cure is transformed in a social inclusion and clinical listening demand, leaving the pathology determined by social exclusion. Therefore, it became necessary the promotion of new ways of facing the clinic and the mental health apparatus. Thus, it's proposed the investigation of the hypothesis that the Psychiatric Reform has relegated the clinic to a background compared to the social demand thru the perception of how the therapeutic conduct of psychologists and psychiatrists of a CAPS occur. This study is exploratory, descriptive, qualitative and has utilized a half-structured interview. The participants of the research are psychologists and psychiatrists who work on a CAPS of the countryside of Minas Gerais. Contradicting our initial hypothesis, it was perceived that exists a clinical work not surpassed by the rhetoric of inclusion, the offer of speeches, adaptation and resocialization. We start by the definition of amplified clinic and the lacanian perspective to analyse the institutional practices of the CAPS. The analysis was made from the lacanian theory of discourses, specially the analyst's discourse, allowing the subjective and political restitution of its users. We've perceived that the institution seeks to guarantee a place that doesn't fulfill the mastery function, through practices like the resignification of the crises. Finally, we pursued to indicate how the operation of the CAPS could sustain the psychosis clinic associated to the political position in the social inclusion process.

Keywords: psychoanalysis, clinic, mental health, psychosis, CAPS

Introdução

O conceito de normalidade psíquica não é algo rígido, mas flexível tal como uma norma que se altera de acordo com sua relação com condições individuais, tornando o limite entre o normal e o patológico impreciso. O que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode ser considerado patológico em outra situação. O sujeito é que avalia essa transformação, uma vez que é ele quem sofre suas consequências, quando se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe (Canguilhem, 2009). Nesse sentido, não é absurdo considerar o estado patológico como normal, visto que este apresenta uma relação com o conceito de normatividade da vida (Canguilhem, 2009).

O desenvolvimento da concepção do normal e do patológico, sob uma perspectiva qualitativa em que tudo se explica em relação ao indivíduo e em como este se relaciona com seu ambiente, foi amplamente estudada por Georges Canguilhem. Em sua proposta, o autor estabelece a distinção de três vias de orientação teórica: a normatividade no sentido biológico, social e existencial. Trata-se, então, de aspectos fisiológicos da estrutura do organismo vivo, de valores sociais que determinam a sua organização e de aspectos individuais que fazem referência aos sujeitos que vivenciam a saúde e a doença. Em sua teoria, Canguilhem apoia a existência de normas tanto no estado normal quanto no estado patológico. O patológico não é apenas a ausência de normas e não corresponde necessariamente à anormalidade. Nessa mesma direção, o normal não implica em saúde por si mesmo (Camara, 2016).

Assim, encontramos a necessidade de boas descrições psiquiátricas e psicanalíticas elaboradas visando estratégias de intervenção e transformação. Se fossem mero reflexo neutro das coisas mesmas, não seriam descrições de indivíduos (Dunker & Kyrillos Neto, 2011). Nesse contexto, em resposta ao desenvolvimento de pesquisas sobre transtornos de ordem psiquiátrica, tem-se a elaboração da primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Ele foi criado a partir da demanda de coletar informações estatísticas

sobre doenças e transtornos mentais. Além disso, o DSM também surgiu da necessidade de criação de uma linguagem comum acerca das classificações de cada um dos transtornos. Segundo o manual, um transtorno mental se configura como uma síndrome ou padrão de comportamento psicológico importante que se manifesta e causando algum sofrimento físico, mental ou prejuízo social (Kyrillos Neto et al., 2014).

Para Kyrillos Neto et al. (2011), o DSM causou profunda transformação na história da psiquiatria moderna — desde a sua primeira edição até a mais recente atualização em 2022 (American Psychiatric Association [APA], 2022). Sua proposta é de ser um sistema classificatório atóxico e operacional dos grandes quadros sindrômicos psiquiátricos. A partir daí, os diagnósticos seriam considerados como instrumentos convencionais, dispensando quaisquer referências de caráter ontológico. A única exigência seria a correspondência em seu plano descritivo. O rompimento com a teoria ao se descomprometer, decorreu então, da lógica em que a caracterização das formas de sofrimento psíquico, alienação ou patologia mental era acompanhada da fundamentação ou de crítica filosófica. Além disso, após a terceira edição do DSM, quebrou-se não apenas a união entre psicanálise e psiquiatria, mas também o modo de fundamentar e fazer psicopatologia na prática clínica de profissionais. É importante ressaltar que não se trata de uma disputa ideológica com a psiquiatria. Pelo contrário: a psicanálise conserva a função diagnóstica da psiquiatria sem abandonar a psiquiatria clássica, salvaguardando a relevância e a singularidade da fala de cada sujeito nos níveis do enunciado e da enunciação. O conhecimento psiquiátrico clássico consolidado a partir do momento em que se começou a descrever, isolar e separar os fenômenos que afetam o doente é o principal referencial das práticas do hospital psiquiátrico. O que se coloca em questão é que atualmente a psiquiatria se vê tomada pelo furor farmacológico, distanciando-se de seu saber clínico clássico (Kyrillos Neto et al., 2011).

O diagnóstico em psicanálise, além de ser estrutural é também transferencial, o que exige do terapeuta um exercício de incitar certa

fala que indique algo da posição do sujeito na fantasia. Trata-se de um direcionamento da fala, da ultrapassagem de fenômenos que viabiliza a formulação de um diagnóstico com função terapêutica e simultaneamente nos distancia de caricaturas e estereótipos de manuais como padrões de sofrimento psíquico (Dunker & Kyrillos Neto, 2011).

A psiquiatria propõe a resolução dessa problemática através de intervenções sobre as situações mais agudas e encaminhando esses pacientes para “psicoterapia”. Diz-se do modelo da Medicina Baseada em Evidências (MBE). A perspectiva de embasar a conduta clínica pela eficácia leva a supervalorização da MBE. Sua noção de eficácia está associada ao tratamento em condições de mundo ideal em que haja apenas supressão dos sintomas. Entretanto, em psicologia considera-se que é a partir do sintoma que se inicia o trabalho terapêutico. A proposição de que o diagnóstico não incida unicamente sobre o sintoma, mas sim sobre a implicação do sujeito no sintoma, faz com que a psicanálise crie condições para que a própria intervenção clínica do profissional vá mais a fundo da mera supressão sintomática. Para a psicanálise, a prioridade é o sujeito em sofrimento em função de sua estrutura subjetiva. Nessa direção, trata-se de identificar o *pathos* em que o sujeito se encontra para subtrair a partir de sua peculiaridade a patologia que o acomete. Na psicanálise, preconiza-se o sujeito enquanto atravessado pela linguagem. Isso significa que fazê-lo dizer por si mesmo sobre sua história e seus sofrimentos a um interlocutor confere-lhe autonomia sobre o próprio discurso. Diz-se de uma clínica da fala. É o próprio sujeito que apresenta seu caso em voz alta. Em função disso, o enfoque é dado à singularidade de cada enunciado, deixando de ter a ênfase na descrição dos sintomas para se configurar como um atendimento clínico em saúde (Kyrillos Neto et al., 2011).

Quanto ao uso diagnóstico do DSM, a partir de sua quarta versão, uma advertência é feita em relação às classificações. O sujeito passa a não ser taxado pelo transtorno ao apresentá-lo. Em razão disto, o DSM não apresenta a descrição “indivíduo esquizofrênico”, e sim “indivíduo com esquizofrenia”, aproximando as práticas classificatórias da lógica

norteadora dos serviços substitutivos em saúde mental (Kyrillos Neto et al., 2014).

Nessa direção, os serviços substitutivos de saúde mental surgem na década de 1980 em um contexto crítico e de vigência do modelo manicomial e da privatização da assistência na forma de hospitais e clínicas. A maioria desses serviços brasileiros teve inspiração no modelo italiano de Franco Basaglia de desinstitucionalização psiquiátrica. Nessa direção, a terminologia “reforma psiquiátrica” no contexto brasileiro ganha uma significação diferente: a crítica às práticas asilares deixa de almejar seu aprimoramento em humanização passando a questionar os pressupostos da Psiquiatria, condenando seus efeitos de normalização, controle e docilização dos corpos. Logo, a Reforma Brasileira começa a apresentar como foco principal a cidadania do louco em relação à clínica (Kyrillos Neto, 2009).

Ainda segundo o autor, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como reação às pretensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este serviço apresenta cinco características fundamentais no que se refere à sua “prática terapêutica”: assegurar o direito a asilo (o que não implica em exclusão); rapidez de respostas às crises; inserção territorial; inversão no investimento (ênfase no desenvolvimento social dos usuários do serviço sem uma preocupação maior com estruturas clínicas e quadros nosológicos) e, finalmente, o processo de valorização, compreendido como a integração de instituições no processo de compartilhamento social. Tais características dos CAPS são reproduções da experiência basagliana no contexto brasileiro. São pressupostos que coordenam o funcionamento dos serviços abertos em saúde mental e que permeiam o campo das políticas públicas nessa área preconizadas pela Reforma. Pressupõe-se que, para a criação e êxito de novos serviços em saúde mental, são necessários profissionais com embasamento teórico-prático distinto do modelo anterior (manicomial). No entanto, é evidente que a experiência em ambos os contextos (lógica manicomial e lógica humanizada pós-reforma psiquiátrica) também se constitui como uma maneira eficaz de perpetuação da crítica ao modelo manicomial. Desse modo, contribui para a compreensão dos progressos representados

pelos serviços substitutivos em saúde mental. No entanto, é importante ressaltar que as instituições de formação assimilaram poucos conteúdos dos debates suscitados pela Reforma, tanto no que tange aos currículos quanto às práticas extensionistas. Estas têm oferecido paulatinas contribuições quanto às avaliações para seu desenvolvimento. Nos aspectos essenciais para o bom funcionamento dos serviços substitutivos em saúde mental descritos previamente, percebe-se a ausência da dimensão clínica. A mudança no curso do investimento supõe que a Psiquiatria não preconize a patologia e enfatize a existência complexa dos usuários e sua ressocialização (Kyrillos Neto, 2009).

A partir do exposto, demonstra-se, então, que a diferença da lógica diagnóstica do DSM e da psicanálise, enquanto teoria norteadora, suscita consequências relevantes para a condução do tratamento, uma vez que o diagnóstico provém de uma definição prévia implícita ou explícita sobre a função de uma terapêutica, influenciando a direção do tratamento pelos profissionais (Kyrillos Neto et al., 2011). Dessa forma, o louco, ao ser deslocado para a posição de usuário dos serviços de saúde mental, tem sua demanda de cura transformada em demanda de inclusão. Sua patologia passa a ser definida pela exclusão social concreta e não por uma nosologia neutra e transcendente, em um processo de ressignificação do trabalho terapêutico (Kyrillos Neto, 2007).

Nesse sentido, propõe-se a investigação sobre a hipótese de a Reforma Psiquiátrica ter relegado a clínica a um segundo plano em relação à demanda social através da percepção de como se dá a conduta terapêutica de psicólogos e psiquiatras de um CAPS.

Metodologia

O presente trabalho é exploratório, descritivo e qualitativo. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada. O roteiro foi elaborado a fim de compreender quatro eixos temáticos: atuação do profissional na instituição; percepções acerca da Reforma Psiquiátrica; das práticas clínicas; e de ressocialização presentes no CAPS.

Os participantes foram recrutados através de convite à coordenação da Instituição

para cooperação com a pesquisa. A seleção foi intencional e compreendeu seis psicólogas e dois psiquiatras atuantes no CAPS em questão. Do total de dez profissionais da instituição, oito foram entrevistados. Ao longo do texto, os participantes serão identificados por nomes fictícios: Elisa (54 anos), Débora (33 anos), Amanda (47 anos), Carolina (35 anos), Marisa (65 anos) e Patrícia (44 anos) são as psicólogas e Jaime (43 anos) e Cícero (60 anos), os psiquiatras, respectivamente.

Em decorrência da pandemia da Covid-19, os participantes foram contatados por telefone obtido através da instituição e concederam entrevistas que foram audiogravadas de modo remoto. O material foi transcrito na íntegra, — incluindo-se pausas, interrupções e demais alterações discursivas que possam ocorrer — e analisado segundo as diretrizes da análise de conteúdo, com embasamento no referencial teórico da psicanálise.

Segundo Turato (2008), a análise de conteúdo irá compreender várias fases. São elas: preparação inicial do material, que se refere à transcrição do material; a pré-análise, que implica a execução de leituras repetidas dos dados até a exaustão e, por fim, o processo de categorização. A montagem das categorias ocorre a partir de dois critérios: relevância e repetição. A relevância refere-se a aspectos que o pesquisador considerou importantes para análise a partir de suas hipóteses, enquanto a repetição diz respeito ao destaque de determinados pontos em função da frequência com que aparecem nas entrevistas dos diferentes participantes. Pode ainda ser necessária a etapa de subcategorização. Essa é inclusa caso existam tópicos que mereçam destaque, mas se relacionam intrinsecamente a outros tópicos já existentes.

Após a categorização será feita a sua análise a partir do referencial psicanalítico de orientação lacanianiana. Em seguida, a análise tensionará o resultado da apreciação dos dados com os principais aspectos da Reforma Psiquiátrica brasileira, o funcionamento dos aparelhos substitutivos de saúde mental, a questão ideológica que perpassa todo o processo de tratamento e, através do método da psicanálise aplicada, abordaremos as perspectivas clínicas no tratamento institucional pensando a realidade do CAPS em questão.

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa está contemplada pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de origem do trabalho. Todos os participantes formalizaram sua concessão através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme registro CAAE 22321019.4.0000.5154 e parecer número 3.683.009.

Resultados e Discussão

Dos dez profissionais previstos para conceder a entrevista, oito participaram, dentre eles, seis psicólogas e dois psiquiatras. Uma vez que a coleta foi realizada em contexto de isolamento social, durante a pandemia da Covid-19, vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas à distância. Desse modo, considera-se que a coleta *on-line* foi feita de modo a evitar ao máximo a perda de dados não verbais presentes nas interações de cada entrevista.

A partir da análise das entrevistas realizadas, questionava-se se nesse CAPS existia o risco de ser uma instituição que prezasse por signos que, muito frequentemente, fazem da reinserção social uma espécie de massificação restituidora de um signifiante faltante na relação do sujeito com a realidade. Em razão disso, especulávamos também se a esfera clínica do CAPS não teria sido relegada a um segundo plano, o que poderia comprometer o funcionamento do fazer clínico na instituição. Entretanto, essa hipótese, no decorrer da coleta, foi contrariada. Não foi constatada uma perda da prática clínica, pois clínica e ressocialização se mostraram andar juntas e entrelaçadas, refutando nossa hipótese inicial.

A maioria dos profissionais sempre ressaltava a importância de ambas as esferas de atuação do CAPS andarem juntas: ressocialização e prática clínica. Para eles, o conjunto é essencial para que a proposta de tratamento da instituição seja eficaz. Às vezes, a clínica aparecia como um instrumento para se atingir a ressocialização. Mas, de modo geral, nas entrevistas ficou claro que a ressocialização é um efeito da prática clínica cotidiana com os usuários, tal como apresenta o seguinte relato:

Tem alguma questão aí, né, dentro que é psíquica que precisa ser cuidada. E tem uma questão que é social também. É um dos vínculos dessa pessoa, né, com a sua própria vida e com a vida social. Seja ela familiar, seja ela a vida da rua, seja ela a vida ligada a algum espaço, né, dentro do social e da relação deles consigo mesmos (Amanda).

A partir daí, novos questionamentos surgiram aos pesquisadores: afinal, quais aspectos deste serviço garantem esse trabalho de clínica e ressocialização? O que sustenta uma prática que não toma o viés ideológico da ressocialização como único norte orientador para o trabalho e que, ao mesmo tempo, não perde os horizontes da clínica? Será que a prática desenvolvida pelos profissionais desta instituição tem seu desenvolvimento suportado de maneira individual, relativo à formação de cada profissional? Ou trata-se de algum dispositivo institucional que integra os princípios de resgate da cidadania e ressocialização há tanto tempo estabelecida clínica da psicose?

Considerando a análise das entrevistas, buscou-se discutir essa problemática acerca da prática desenvolvida na instituição a partir de dois eixos temáticos. Segundo os princípios propostos por Turato (2008), estes eixos foram montados em função do aparecimento por repetição e relevância, sendo eles: 1. O conceito de clínica ampliada, em que discutiremos sobre o modelo de atendimento intersectorial em saúde mental empregado pelo CAPS e sobre a configuração transdisciplinar de sua equipe para acolher seus usuários; 2. O assim chamado discurso do analista, em que tal conceito servirá como proposta para se pensar os modos de enlaçamento dos sujeitos que circulam dentro da instituição.

Clínica Ampliada

Quanto ao alcance da clínica no tratamento do sofrimento psíquico, é preciso considerar que “[...] o fenômeno social da loucura não deixa de ser, em alguma medida, sintoma do processo civilizatório [...]” (Fonseca & Kyrillos Neto, 2020 p. 6). Assim, o conceito de Clínica Ampliada a define como um compromisso com o sujeito adoecido de modo singular; a

responsabilização dos profissionais em relação aos usuários dos serviços de saúde; a busca por ajuda em outros setores denominada de intersectorialidade; o reconhecimento dos limites do conhecimento dos profissionais de saúde e de suas tecnologias para conseguirem buscar auxílio em outros setores; assumir um grande compromisso ético no trabalho em saúde (Ministério da Saúde, 2004).

A intersectorialidade mencionada se constitui como um passo à frente do trabalho da equipe multiprofissional. O trabalho no CAPS inclui não apenas psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais, como também conta com a participação de outros profissionais. Os motoristas de van, as auxiliares de serviços gerais (ASG), que são responsáveis pela manutenção da instituição e pela alimentação dos usuários, e que muitas vezes acabam participando do acolhimento de crises eventualmente no CAPS.

O termo “crise” apresenta múltiplos sentidos e se encontra em discursos cotidianos, bem como no campo da saúde mental. Ele pode portar o significado de dor, sofrimento, ansiedade, felicidade, patologia, dentre vários outros; geralmente indicando intensidade, incerteza e imprevisibilidade em seu uso. Essa polissemia da “crise” pode ser contraditória e confusa inclusive no modo como lidamos com ela (Krachenski & Holanda, 2019). O trabalho com a crise demanda conhecimentos específicos e técnica, mas o seu acolhimento, o CAPS mostra que a convivência e o vínculo com os usuários da instituição no cotidiano contribuem substancialmente para o estabelecimento do laço entre os usuários e a instituição. Assim, independentemente se esse acolhimento acaba sendo feito por um profissional especializado em saúde mental, se é feito por uma ASG, por uma secretária, por um outro usuário do CAPS ou por um familiar, isso diz de uma intersectorialidade do serviço.

Esse movimento que acontece na instituição evidencia uma organicidade de seu funcionamento em que, apesar de haver cargos e funcionalidades específicas, o acolhimento do sofrimento mental é exercitado por todos.

Eu percebo que todo mundo que precisa está ali. Daquele cliente, daquela crise específica e aí é hora de você usar sua bagazinha. É muito legal, inclusive não só a parte técnica.

Teve uma crise uma vez que a moça que faz comida participou e ela deu o desfecho da crise. O cliente conseguiu voltar da onde ele tava, que ele não queria voltar para o CAPS. Ela foi lá na rua buscar ele, porque o almoço estava na mesa e ela não abria mão dele almoçar. A gente ficou assim (cara de espanto) “que legal!” (Carolina).

Desse modo, o trabalho implica um contato direto e duradouro com os diferentes profissionais que atuam no serviço, dos secretários aos médicos, atravessando as hierarquias funcionais e burocráticas (Figueiredo, 1997). Quando diferentes profissionais auxiliam em crises, nem sempre sob uma perspectiva clínica, mas de cuidado com o usuário, o serviço ganha em termos de qualidade de atendimento e de intersectorialidade.

A ressignificação das crises, enquanto passagem e não necessariamente um sintoma, é um dos pilares mais importantes do projeto terapêutico do CAPS. Assim, “Às vezes um outro ali né, que não é o profissional da saúde propriamente pode até entender essa crise com outro olhar menos patológico. Isso é muito potente também, né, no auxílio” (Jaime). Aqui, é legítimo pensar a metáfora delirante e a construção de um delírio possível serem concebíveis em um local onde o sujeito possa se reconhecer como tal. A clínica ampliada, alicerçada na prática que prima por não objetivar o outro, mas que permite que este alcance sua posição de sujeito do inconsciente, desejante, é o que nos permite visualizar uma prática que descentraliza da figura do técnico a responsabilidade última pelo cuidado com o usuário.

A crise não é um sintoma. Como a palavra expressa, a crise é um momento da experiência de uma pessoa. Em termos médicos fala-se de urgência, ou em termos sociais, fala-se em gravidade. Já em termos econômicos, ao se falar de crise, fala-se em excessiva despesa (Viganò, 2012). Assim,

A Fundação (o CAPS) nasce no momento de conversa sobre o hospício, no momento de denúncia dos horrores dos pátios do depósito da desumanização. Então é um projeto que humaniza e liberta, mas no sentido da clínica nova do direito à diferença. É a ideia da crise

enquanto ponte, enquanto passagem e não na versão da crise enquanto negatividade, doença. Então esses são os dois nortes: a vida enquanto impermanência aonde a dor, a pedra e o espinho se é ponte para o novo. Não fica endurecida na negatividade da doença. E o cuidado humanizado libertário de fazer caber na vida. Isso forma os dois nortes (Cícero).

No esteio do pensamento freudiano, Quinet (2011) nos recorda que, em relação ao que frequentemente se assume como o produto patológico, a saber, o delírio é, na verdade, uma tentativa de reconstrução. Logo, segundo o mesmo autor:

Não se pode, portanto, pretender curar o delírio, pois ele mesmo já é uma tentativa de cura da forclusão do Nome-do-Pai, dado que, continua Freud, é “uma peça que se cola lá onde houve uma falha na relação do sujeito com a realidade” (Quinet, 2011, p. 76).

Tal como supracitado pelo autor, antes da crise, a realidade do sujeito é sustentada por bengalas imaginárias e, dado o momento de desencadeamento da crise, há uma dissolução imaginária e um desastre subjetivo que *a posteriori* culminam em uma reestruturação da realidade a partir do trabalho do delírio.

Nessa direção, para que essa reestruturação da realidade do sujeito aconteça a partir do trabalho da crise, o profissional deve possibilitar que o sujeito autonomamente faça algumas escolhas no processo terapêutico. Ao colocar a reação terapêutica negativa como um limite à eficiência terapêutica da análise, Freud diz em *O eu e o id* que, “afinal, deve proporcionar ao Eu do paciente a liberdade de decidir de uma ou outra maneira, e não tornar impossíveis as reações patológicas” (Freud, 1923/2011, p. 63). Desse modo, a posição do técnico neste serviço é de um facilitador da construção que o psicótico faz de si mesmo em suas relações sociais (Santos et al., 2019).

Ainda quanto ao espectro ampliado da clínica e sua relação com as irrupções de crise, a abordagem das famílias no processo de acolhimento de crises também evidencia a necessidade de incluí-las no campo intersetorial do CAPS, estabelecendo um importante contraste histórico na saúde mental.

No início conseguir alguma contratualidade para as famílias parar de internar porque tinham aprendido a fazer a deposição na crise e a gente aprendeu desde muito cedo a não fazer a culpabilização, mas fazer uma leitura do que passava, né. Do que que era o modelo, a única coisa que existia e ir conseguindo cuidar muito também dos familiares para poder também voltar a tomar encargo e suportar junto as crises. Ao invés de fazer essa coisa toda: deposita no hospital até a hora que eles não tinha mais nada na casa, toda quebra de vínculo (Marisa).

Nesse sentido, a ressocialização começa no uso dos espaços de cuidado em saúde mental e vai desde os cuidados conjuntos com os familiares até a retomada das atividades da vida cotidiana ou até a reinserção no mercado de trabalho, por exemplo. Sabemos que a prática clínica do CAPS se sustenta pela lógica do discurso do analista que, por sua vez, possibilita a ressocialização enquanto um efeito da restituição política e subjetiva do sujeito. Isso fica mais evidente quando exercitamos o raciocínio contrário. Se a ideologia por trás da necessidade de ressocialização for pensada sob outra ótica, nos faz refletir sobre uma discussão importante. Quer dizer, contrariamente ao que foi evidenciado nas entrevistas, caso a prática de ressocialização do CAPS possuísse uma natureza compulsória, ela se aproximaria do funcionamento do discurso do mestre e também a partir da lógica do significante-mestre oferecido pela instituição.

Nele, a instituição ou os profissionais, estariam na posição de agente do discurso, que tem um poder sobre o outro (usuário), que, alienado sobre sua própria condição, se engajará em práticas de ressocialização para produzir resultados para a instituição. A produção de resultados pode aparecer como uma estatística, como mais um usuário que retoma o trabalho, a vida social etc. Enquanto a instituição e seus profissionais levam o crédito por uma prática que, na *verdade* é compulsória, vazia de significado e que não restitui o sujeito de sua própria subjetividade. Além disso, ainda nessa perspectiva “compulsória”, poderíamos enxergar essa situação explicada segundo a lógica do significante-mestre

oferecido pela instituição, alienando o “usuário consumidor” das ofertas do CAPS.

A relativização de cada caso através do plano terapêutico singular permite percebermos que para cada usuário a ressocialização significa algo diferente, como pode ser observado pelo seguinte relato:

Ela (referindo-se à usuária com diagnóstico psiquiátrico de transtorno de humor) tem um nível de autonomia muito grande, mas que dentro, ela mesmo coloca assim — Eu fico pensando se algum dia eu conseguiria retornar para o trabalho. Eu acho que eu não conseguiria porque aquela questão de estar com muitas pessoas num lugar só e ter que cumprir uma jornada de trabalho, né. Isso fez com que eu adoecesse, então eu não consigo, né, tá dentro, caber dentro desse lugar. É... é... isso foi adoecedor (Amanda, julho 12, 2020).

Então ressocializar não é retornar ao trabalho e sim recuperar vínculos sociais, tornar a ocupar determinados espaços etc. Logo, a interface entre clínica e cidadania fica mesclada e varia de caso a caso, mas prevalece em relativa harmonia. Logo, ao olhar para o sujeito com suas possibilidades e inúmeros contornos, o que aparece não são patologias, e sim os modos de ser em um dado contexto, permeado de significados e formas de expressar sua humanidade. O sofrimento, então, não seria algo exterior à pessoa, mas um fragmento que o constitui, com a potencialidade de promover mudanças significativas no sujeito e novas formas de se colocar no mundo (Faria et al., 2020).

A discussão sobre os processos de produção de identidade social, tem em relação a estrutura do sofrimento psíquico, um campo importante de desenvolvimento. Isso porque, ao ser visto como patologia, o sofrimento se torna em modo de compartilhamento de identidades que trazem consigo regimes de compreensão de afetos. Assim, podemos dizer que as patologias são áreas importantes dos processos de socialização (Safatle, 2018).

Percebe-se que a repercussão pública da condição a que estavam submetidos os *internos*, ou seja, os que estão em um espaço interior — *dentro* de um dispositivo de tratamento, às vezes por tempo

indefinido —, pode ser entendida como uma forma de metonímia da exclusão executada pelo próprio sistema que deveria capacitá-los como sujeitos. Metonímia, pois funciona como uma estratégia de opressão maior, praticada pelo Estado em relação aos sujeitos que nele deveriam se incluir. Estratégia que começa a ser evidenciada e questionada, particularmente, a partir do final dos anos 1970 pela opinião pública no contexto da exposição das práticas de exclusão, de controle e de torturas realizadas pelo Estado durante o regime militar (Kyrillos Neto, 2007).

Nesse sentido, um dos relatos que apareceu nas entrevistas coaduna com essa questão sob uma outra ótica.

Para que haja um equilíbrio assim eu acho que o “lá fora” poderia estar mais “dentro” da clínica, dentro do CAPS, dentro da saúde mental. Pra poder ter um entendimento melhor sobre o que é vivenciado aqui e sobre o que que acontece, sobre o que é a saúde mental, para poder ter uma harmonia entre um e outro (Patrícia).

Assim, já que a hipótese inicial da pesquisa foi contestada, o que se coloca como questão, não é a massificação dos sujeitos ou a perda da clínica, e sim a instituição e o fazer da clínica ampliada como substituintes da personalização do analista. Isso significa dizer que a instituição opera como um todo, permitindo que o discurso do analista circule. Não apenas na figura do profissional, mas no fazer institucional em si.

O Discurso do Analista

Advertimos, inicialmente, que os profissionais da instituição atendem a partir de diferentes correntes teóricas. Dessa forma, propomos pensar sobre o discurso do analista não a partir da figura real do analista, ou seja, identificado a determinado profissional. O que propomos é pensar que o discurso do analista é um ato produzido a partir de uma posição não encarnada em um sujeito, mas que, sob determinadas circunstâncias, pode ser pensado a partir de um fazer institucional que independe da orientação teórica do profissional. Nesse sentido, pretendemos pensar o que sustenta a prática dos

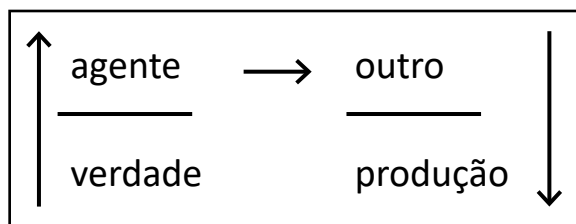
profissionais do CAPS em sua impessoalidade, enquanto mecanismo que possa ocupar tal lugar.

Quando Lacan (1970/1992) sistematiza a lógica da experiência psicanalítica e os processos de subjetivação em *O avesso da Psicanálise*, ele ressalta o funcionamento lógico de alguns significantes que operam nas construções discursivas da cultura e revela os possíveis efeitos característicos do discurso psicanalítico na subjetividade (Ferreira et al., 2014). A teoria lacaniana dos discursos compreende quatro discursos: discurso da universidade, discurso do analista, discurso do mestre e discurso da histórica.

Longe de um uso instrumental da teoria, os discursos servem como um modo de possibilidade de pensarmos onde o sujeito se aloca a partir de determinado laço social estabelecido pela via do discurso. Assim, buscaremos lançar uma discussão a propósito da prática clínica desenvolvida na instituição, pensando quais atributos garantem a sustentação de uma clínica que preze pelo advento do sujeito.

Figura 1

Estrutura que representa as posições presentes nos quatro discursos de Lacan



Nota. Fonte: Recuperado de "O discurso capitalista e seus gadgets" de R. Badin, & M. Martinho, 2018, p. 143.

Cada um dos discursos, como mostra a figura acima, possui elementos que ocuparão posições da estrutura que são estáticas: a posição de agente ou de semblante de um discurso, do outro, da produção e da verdade. Partimos do pressuposto que todo discurso possui uma verdade (algo que incita um discurso), e existe um agente, que dialoga com um outro, a fim de extrair dessa experiência, no laço social com o outro, uma produção.

Os matemas presentes na álgebra lacaniana se dispõem de maneira ordenada e mutável nas posições da estrutura, donde: S1, S2, a e \$, respectivamente. O S1, significante mestre, trata do significante tomado a partir de sua propriedade de

comando, que não pode ser contestado. O S2 é o saber, também considerado, segundo Quinet (2009), a repetição do S1 recuperada como campo do gozo. Trata-se da repetição do fracasso em atingir a primeira experiência de satisfação, dada sua impossibilidade lógica. Daí, ainda para o autor, que tal repetição engendra, no inconsciente a cadeia de significantes que se constitui como o saber inconsciente (S2).

O objeto a é a entropia do processo de repetição do gozo, em que o sujeito busca obter novamente aquela experiência que o S1 comemora, resta um gasto cujo efeito é um fracasso de gozo. A entropia da energia que cai desta repetição, o objeto a, nomeia o gozo não alcançado. Pelo lado do sujeito (\$) do inconsciente, o significante barrado, castrado, que falha, é aquele que é produzido retroativamente pela insistência da cadeia de significantes como repetição (Quinet, 2009).

Figura 2

Esquema que representa as disposições dos matemas no conjunto dos quatro discursos de Lacan

Discurso de Mestre	Discurso da Universidade
$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$	$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$
Discurso da Histórica	Discurso do Analista
$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S1}{S1}$	$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{S}{S1}$

Nota. Fonte: Recuperado de "Do ato psicanalítico ao discurso do analista: a estrutura do campo lacaniano" de R. S. Torres, 2013, p. 142.

Para desenvolver essa discussão, nos ateremos apenas à contraposição entre os discursos do mestre e do analista. No discurso do mestre, como na relação do senhor e do escravo, por exemplo, o agente S1, sabe e comanda o outro S2, na posição de objeto, a produzir um excedente (a), dos quais gozará o senhor. No lugar da verdade, encontramos \$, castrado, que "se esconde" fica por debaixo da barra do recalque e sustenta a posição de mestria do senhor. O que não se sabe, dentro deste circuito é da ordem da impotência da produção (a) alcançar a verdade (\$) do senhor, tamponando a falta.

O discurso do mestre recusa a considerar a singularidade do sujeito, daí o lugar do outro na estrutura do discurso do mestre restar ocupado não

por um sujeito, mas por um saber (S2) universal. Sob a ótica da instituição de saúde mental, esse discurso seria encarnado em um domínio muitas vezes assumido pelo profissional sobre o paciente ao colocar o universal da reinserção social como um operador que “faz funcionar” o cotidiano institucional. Aqui, concordamos com Nicolau e Calazans (2016) sobre a proposição de tratar-se de um poder atravessado por um pressuposto racional que não permite a escuta do sujeito. Isso implica em seu assujeitamento, por exemplo, ao aceitar passivamente prescrições ou intervenções clínicas.

No discurso do analista, no lugar de agente do discurso está o a , representando o sintoma do paciente em que o gozo pode ser colocado em questão, bem como suas saídas próprias em relação a esse modo de gozo. À direita em cima, no lugar do outro do discurso, está seu reconhecimento como sujeito ($\$$). Neste modo de enlaçamento discursivo, o profissional de saúde mental, ao se fazer objeto do desejo do outro (a), permite que o outro, usuário do serviço de saúde, tenha possibilidade de reconhecer sua condição de sujeito castrado ($\$$), dividido, donde o manejo clínico torna possível o remanejamento dos S1. Assim, a posição de escuta permite, a partir deste modo de laço estabelecido, criar a possibilidade de fazer-se Outro para o usuário-sujeito. Assim, percebe-se que não quer dizer que o sujeito não tenha um pé na realidade, e sim que não é aí que ele encontra seu lugar de sujeito (Tenório & Rocha, 2006).

Nessa direção, o usuário passa do lugar de mero consumidor das ofertas protocolares do CAPS para o de um usuário-sujeito. Vicente (2018), retomando o pensamento de Basaglia, mostra que, como “sindicalista”, o trabalhador de saúde mental precisa atuar em termos de conscientização do louco, para que ele seja ativo em suas reivindicações. Em sucinta essência, o sujeito irá se “desalienar” através da tomada de uma posição reflexiva diante do desconhecimento ideológico. Mais adiante em nossa discussão, falaremos mais sobre essa mudança da posição do sujeito no processo terapêutico.

Abaixo e à direita, no lugar da produção, está S1 representando os significantes-mestres deste usuário do serviço, mas que, aqui, tem a possibilidade de ter a cadeia significante rearticulada

pelo efeito do discurso do analista. Na última posição, inferior esquerda, no lugar da verdade, está S2, que ilustra o saber inconsciente que se torna inacessível a qualquer conexão com os S1 do sujeito, representado pela não realização da alienação do sujeito (impotência) ao saber do analista. Assim, ao encontro com o pensamento de Pena (2017), a circulação do discurso do analista move a construção do caso em saúde mental, mas não existe uma forma definida, fechada, para tal construção.

Ao contrário do discurso do mestre, o discurso do analista não se constitui como um discurso de domínio. Ele é a causa do desejo de saber o sentido dos sintomas que agem sobre o analisando através da associação livre (Álvares, 2006). O discurso do analista se endereça ao sujeito barrado, enquanto o discurso do mestre se volta para o outro na posição de objeto, com um saber absoluto sobre ele. O analista não atende às demandas do sujeito S barrado com o seu saber, mas com sua atuação que permite ao sujeito um novo encontro com seu desejo (Nicolau & Calazans, 2016).

No discurso do analista, trata-se de se colocar como agente de um saber e não como causa do saber. Isso significa que, no processo analítico, segundo a lógica do discurso do analista, em um certo momento, há o processo de queda do sujeito suposto saber (o analisando). Tal queda permite que o analisando se identifique com essa posição de sujeito suposto saber e produza novas organizações psíquicas no processo terapêutico (Ferreira et al., 2014).

Nessa direção, o fato de o analista se encontrar na posição de agente ou semblante de um discurso enquanto objeto a , possibilita-o sustentar as fantasias do sujeito barrado, ou seja, do paciente. Assim, ele poderá entrar em contato com seus significantes mestres (S1) e sair dessa posição de alienação, produzindo saberes sobre si mesmo. Desse modo, “tal fato combina com a ideia de que o analista e a situação da análise se estruturam a partir das possibilidades de fazer ‘como se’, de fazer a ‘aparência de’, enfim, de fazer semblante” (Dunker, 2017, p. 55). Essa aparência de sustentação das fantasias do outro, é o que viabiliza a produção do discurso do analista de uma forma mais solidária e não transcendental, que denota um poder.

Ao discorrer sobre a ressocialização, uma das participantes relata sobre modo como se estrutura o discurso dos profissionais da instituição: “Então o cuidado em Saúde Mental é respeitar o espaço do outro, não dá para ser invasivo nem tudo que é proposto é realizado, é feito” (Débora). A isso, complementa outro entrevistado: “não existe possibilidade de cuidado com cidadania, liberdade, dignidade humana sem o encontro verdadeiro de escuta. É preciso permitir que o outro seja percebido como uma pessoa e uma história e não como um diagnóstico, isso é fundamental” (Cícero). Ambas as falas ilustram que, mediante a posição de analista, não existe um olhar sobre o outro como objeto. Nessa direção, a escuta se constitui como essencial na prática nos serviços de saúde mental, por tomar o discurso do sujeito como produção de uma verdade sobre seu desejo. Ela identifica o sujeito como o verdadeiro operador do seu desejo (Moreira & Kyrillos Neto, 2017).

Diante disso, fica evidente que, nas práticas dos psicólogos e psiquiatras do CAPS em questão, está presente o discurso do analista e não o discurso do mestre. A instituição busca sustentar um lugar que não cumpre a função de mestria através de práticas como a ressignificação das crises através da reorganização de fantasias, com o uso de ferramentas artísticas para produzir dizeres, sem ocupar o lugar de sujeito suposto saber.

Para a psicanálise, os sintomas dos sujeitos estão repletos de sentido, os quais devem ser analisados de maneira conjunta com o sujeito. Na psicose isso também acontece. Mesmo em se tratando de um sofrimento grave e que frequentemente é de difícil manejo, a psicanálise se ocupa desse transtorno, buscando compreender e acolher esse sujeito que sofre, incluindo-o ativamente em seu processo (Muzeka, 2021).

Uma vez uma pessoa chegou, começou a fazer uma pintura né e a pintura era uma monstruosidade era extremamente agressiva. Era um vampiro, então assim, e eu como eu sei que ele é paranoide, eu vou deixar fazer a pintura dele, a arte é dele, enfim a criação é dele. Só que ele não terminou e deixou para terminar tudo na

próxima oficina. Aí ele chegou, eu entreguei o trabalho para ele. Ele sentou, ficou olhando assim: — eu estou assustado! Como que eu fiz, olha para isso! Eu estava delirando, eu estava paranoico! (Amanda).

Assim, não silenciar a “monstruosidade agressiva” concernente unicamente à subjetividade da técnica, permitiu que um ato fizesse operar algo na subjetividade daquela pessoa em questão, fazendo emergir algo que previamente seria silenciado caso a técnica encarnasse o saber sobre o que deveria ser esteticamente produzido.

E aí eu fui trabalhando com ele né que, que existem coisas dentro que ele não gosta de ver. Ele não gosta que apareçam sempre, mas que elas às vezes aparecem e o que que ele pode fazer com aquilo que aparece? Através desta intervenção, o vampiro virou um Sagrado Coração de Jesus. Então ele fez toda uma compensação dentro disso, então a oficina de arte existe para isso. Não só para pintar um quadro e vender um quadro, entendeu? Tem todo uma intervenção por trás, né. Quais foram as permissões nos atravessamentos das dores daquele fazer né” (Amanda).

Assim, a cadeia significativa coloca-se a deslizar e a ressignificação de sentidos engancha outros desdobramentos pela via da fantasia.

Assim, o discurso do analista se constitui como um vínculo social que prescinde completamente da palavra, ou seja, da produção de sentido (Viganò, 2012). Esse discurso não opera segundo a lógica do saber datado, concreto, materializado e pré-concebido. Na clínica, ele opera segundo a lógica do significante que, no deslizamento da cadeia, produz um efeito de sujeito.

Não há, neste caso um *setting* pré-concebido, mas ele se encontra onde houver linguagem. Esse fazer-se presente pela lógica do *objeto a*, que ocupa o lugar de agente do discurso, permite um ato de puro dizer. Ele opera no discurso social como forma de orientar os processos de subjetivação, não apenas na esfera clínica, mas, sobretudo, na esfera cultural (Ferreira et al., 2014).

Compreende-se que através do ato artístico criativo se encontra uma possibilidade de abertura ao discurso analítico. Assim como a obra de arte, o

discurso do analista teria o efeito de produzir fascínio ao mesmo tempo em que produz um significante que indaga (Betts, 2006). Conforme supracitado por Ferreira et al. (2014), aproximar a enunciação do analista da experiência estética seria, portanto, apostar que essa é capaz de alterar o lugar da enunciação do sujeito.

Nessa direção, a arte enquanto ferramenta no processo de escuta na clínica da psicose, com frequência aparece nos discursos dos profissionais entrevistados; “o homem é sexualidade, trabalho, espiritualidade, família, relação de vizinhança, arte. Nós somos *n* linhas” (Cícero), ao que acrescenta: “Então não há arte apenas como produção de obra, mas o viver enquanto um viver artístico. À moda do artista então, a arte como modo de vida” (Cícero).

A escuta da clínica da psicose aparece também pelo intermédio de experiências estéticas, tal como segue:

nessa oficina de artes a gente trabalha a questão da arte mesmo, mas a partir disso a gente vai extraindo nessa oficina conteúdos que têm a ver com o dia a dia deles, com a vida deles, que tem a ver com o que eles estão sentindo naquele momento e a gente vai trabalhando isso dentro dessa oficina. O objetivo da oficina é uma oficina terapêutica também (Patrícia).

Assim, o discurso da equipe na instituição muitas vezes se aproxima da linguagem artística para acessar conteúdos inconscientes através das oficinas terapêuticas. Ainda assim, elas desvelam a importância da arte pela via da incerteza do *saber* e não pela *verdade* que porta o discurso psicológico e/ou psiquiátrico. Assim, “um CAPS com grau denso de psicoterapia nas oficinas não funciona. Que tem hora que é preciso da arte pela arte, da alegria pela alegria, do social pelo social, e isso compor um todo” (Cícero).

Além disso, a relação entre terapeuta e usuário nas entrevistas aparece constantemente mediada pela empatia, denotando certa horizontalidade no processo terapêutico, característico de um discurso não dominante, ou seja, que não é de mestria.

Então essa questão de empatia de estar junto para estar junto, você precisa realmente estar presente e assim não adianta. Só se colocar nesse lugar de terapeuta, né, se

você não tiver esta condição ali dentro desse cuidado de estar próximo e o estar próximo não é só estar do lado né, é estar do lado afetivamente (Amanda).

A fala deve ser priorizada não como manifestação patológica que demanda correção ou resposta imediata, mas como possibilidade de mostrar outra dimensão da queixa que singulariza o pedido de ajuda. Por conseguinte, o tratamento se alicerça, inicialmente, no acolher e escutar ao invés de ver e conter (Corbisier, 1992). O psicanalista, desse modo, não se impõe com seu ego. Isto não significa que a pessoa do analista seja pulverizada, despida de vaidades e querereres (Figueiredo, 1997).

Nessa direção, como o analista ocupa a posição de sujeito suposto saber, ao fazer isto, ele restitui ao usuário sua condição de sujeito, saindo da posição de objeto. É através do discurso do analista que há possibilidade de criação de teias e que estas se estendam entre um usuário e outro dentro do serviço. Permite que o acolhimento psicológico não ocorra apenas entre analista e paciente.

Não é só a gente que cuida. Eles cuidam, eles também fazem corpo e isso dá uma continência, né, para aquele local. Porque eles já viveram isso, e eles falam isso constantemente em terapia, né. — A gente já viveu isso, a gente sabe o que que é uma crise, então a gente também sabe como cuidar disso aí. A gente compartilha essa solidariedade (Amanda).

Essa questão do cuidado ampliado em saúde aparece em outros discursos, como quando observamos o seguinte relato:

Pode ser um outro usuário né, que também está vinculado àquela pessoa que é uma fonte de confiança do usuário, né? Que às vezes é capaz de intervir mais potentemente do que o profissional de saúde propriamente, né. Em muita situação de crise então, tem isso aqui, todo mundo pode intervir e é bom que seja assim mesmo, né. Porque é complicado às vezes, às vezes até acreditam que o psiquiatra que tem um poder mágico que vai resolver totalmente aquela crise, tudo (Jaime).

Tal passagem nos conduz a pensar o discurso do analista tomado em sua dimensão institucional, em como ele circula no fazer clínica do CAPS, dispensando a materialidade de um analista. É no discurso do analista que os diferentes profissionais, outros usuários e familiares conseguem sustentar a posição de objeto *a*, sustentar a fantasia e suportar os momentos de crise no laço com o Outro, permitindo o processo de retificação com os significantes mestres (S1) que o determinaram.

É essa retificação com os significantes mestres (S1) no processo terapêutico que permitirá ao sujeito conquistar sua retificação subjetiva. De acordo com Lacan (1966) e Macalpine (1972), uma das etapas do desenrolar temporal de um tratamento, denominada como “retificação subjetiva” é a que acontece durante as primeiras entrevistas com o paciente. Nela, é introduzida ao sujeito, a noção de sua posição na realidade apresentada por ele. O foco do analista é a relação a partir da qual o sujeito se localiza diante de seu sintoma. É uma relação de sentido em que o paciente atribui um sentido a cada um de seus sofrimentos. E é a partir daí que o analista tem sua primeira intervenção no processo psicoterapêutico (Nasio, 1999).

De acordo com Brousse (2003), resgatando o pensamento de Lacan, o inconsciente se produz na relação que o sujeito estabelece com o Outro e em seu encontro com o Outro sexo. Ou seja, o inconsciente tem a ver com o que se produz no laço social. É aquilo que faz laço social com o Outro e os outros, que o situa frente à cidade e a subjetividade de seu tempo.

Ainda segundo a autora, a análise, embora pareça uma prática bastante individual, não se distancia dos laços sociais que o indivíduo estabelece, do coletivo. Na perspectiva analítica, a oposição entre individual e coletivo não se sustenta, pois o desejo que o sujeito busca decifrar em análise é o desejo do Outro. Portanto, é nessa perspectiva que Lacan vai dizer que o inconsciente é político. Existe uma referência ao desejo do Outro. De tal sorte, a partir da operação analítica, em que o analista assume o dever de política: devolver ao sujeito a escolha, a escolha decidida da relação que ele estabelece com seus significantes-mestres (S1). Da não separação

entre o individual e coletivo, não se trata mais de sair do campo privado analítico e ir para o público, e sim de se localizar antes o político no campo privado. A subjetividade é algo que advém da vontade e da organização, tendo um caráter subversivo e político, de certo modo.

Assim, “nos cuidados terapêuticos eu sempre devolvo pro paciente que a responsabilidade é dele. Gosto dessa palavra. Mas que a responsabilidade de retornar a uma vida mais saudável é dele, é questão de escolha e todos podem escolher” (Elisa). Em outras palavras, o sentido se configura como a relação do Eu com o sintoma, e se estabelece especialmente na relação com a primeira escolha de recorrer a um outro. É é nesta etapa que o analista pode produzir e introduzir junto ao paciente, essa retificação subjetiva (Nasio, 1999). Ou seja, isso possibilitará que ele recupere seu lugar de sujeito político no campo social, fazendo uma alusão aos termos “usuário-sujeito” e “sindicalista” citados anteriormente.

Considerações Finais

Se a luta pelo engajamento dos familiares no processo de desinstitucionalização e tratamento psicológico humanizado ao longo da Reforma Psiquiátrica representou um marco na mudança da ótica dos transtornos mentais, isso fica mais evidente quando damos um passo mais à frente. Ao se falar em ressocialização no sentido de os usuários ocuparem cada vez mais espaços, estamos nos referindo também à percepção por parte da comunidade sobre a clínica do CAPS de forma desestigmatizada e inclusiva.

Diante dos retrocessos que as políticas públicas de saúde mental vêm encarando, o trabalho realizado no CAPS em questão mostrou-se como resistência e luta contra a perda da dimensão clínica, o que há de mais próprio a tais serviços. O enfrentamento dessas políticas e do próprio isolamento social decorrente da pandemia tem sido variáveis importantes para a reinvenção do “fazer clínica” no CAPS. Desde a manutenção de vínculos terapêuticos e institucionais até a montagem de oficinas terapêuticas e grupos terapêuticos. Destarte, as práticas e teorias norteadoras do

trabalho da equipe do CAPS ainda têm sustentado a clínica e o resgate da cidadania dos usuários, como efeito da prática e não como produto de oferta a ser incorporado.

A atuação dos profissionais entrevistados demonstrou que o trabalho executado pela clínica extensa do CAPS viabiliza a ressignificação das crises e do sentido do que seja estabelecer um laço social de real implicação subjetiva. De tal maneira, diz de um trabalho caso a caso, considerando as particularidades de cada sujeito numa tentativa de escapar da massificação da cidadania ou de uma normalização do sofrimento mental. O que tem sido feito é um trabalho de caos, é ressignificar a crise enquanto passagem e não como retrocesso no processo terapêutico. É nortear o tratamento da clínica pela lógica do discurso do analista, reposicionando o sujeito em torno do significante.

Referências

- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM5-TR* (5a ed.). Artmed.
- Álvares, C. (2006). *Os quatro discursos no Seminário XVII de Jacques Lacan, no seminário de Literatura Portuguesa dirigido por Américo Diogo*. Aula aberta, Universidade do Minho, Portugal.
- Badin, R., & Martinho, M. (2018). O discurso capitalista e seus gadgets. *Trivium: Estudos Interdisciplinares*, 10(2), 140-154. doi.org/10.18379/2176-4891.2018v2p.140
- Betts, J. (2006). Ato analítico, ato religioso e ato de criação artística. *Correio da APPOA*, (149), 13-16.
- Brousse, M. H. (2003). *O inconsciente é a política*. Escola Brasileira de Psicanálise.
- Camara, K. C. (2016). Le normal et le pathologique: étude comparative de l'approche de Boorse et de Canguilhem à propos de la définition de la maladie et de la santé. *Revue Phares*, 16, 141-165.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (6a ed.). Forense Universitária.
- Corbisier, C. (1992). *A escuta da diferença na emergência psiquiátrica*. *Psiquiatria sem Hospício*. Relume-Dumará.
- Dunker, C. I. L., & Kyrillos, F., Neto. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 14(4), 611-626. doi.org/10.1590/S1415-47142011000400003
- Dunker, C. I. L. (2017). *Discurso e semblante*. nVersos.
- Faria, N., Ferreira, F., & Pinto, J. (2020). A medicalização do cotidiano como supressão da iniciativa. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 9(1), 81-94. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/294>
- Ferreira, D. D., Silva, R. J., & Carrijo, C. (2014). O estilo em psicanálise: o discurso do analista como arte do bem dizer. *Psicol. USP*, 25(1). doi.org/10.1590/S0103-65642014000100008

- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões, e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Dumará.
- Fonseca, T., & Kyrillos, F., Neto. (2020). Ressonâncias político-clínicas do ideal de inclusão nos centros de atenção psicossocial. *Psicol. estud.*, 25. doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44893
- Freud, S. (2011). *O eu e o id, "autobiografia" e outros textos* (vol. 16). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923).
- Krachenski, N., & Holanda, A. (2019). Manejo de crise nos centros de atenção psicossocial: uma revisão sistemática de literatura. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 8(1), 23-42. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/233>
- Kyrillos, F., Neto. (2007). *Efeitos de circulação do discurso em serviços substitutivos de saúde mental: uma perspectiva psicanalítica*. [Dissertação de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- Kyrillos, F., Neto. (2009). Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Aletheia*, (30), 39-49. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200004
- Kyrillos, F., Neto, Silva, C. F. L., Pederzoli, A. A., Hernandez, M. L. A. (2011). DSM e psicanálise: uma discussão diagnóstica. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 12(2), 44-55. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000200006
- Kyrillos, F., Neto, Silva, C. L., Pederzoli, A. A., & Hernandez, M. L. A (2014). Histeria e diagnóstico psiquiátrico na contemporaneidade: tensões com a psicanálise. *Psicol. Argum.*, 32(77), 75-83. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284488561_Histeria_e_diagnostico_psiquiatrico_na_contemporaneidade_tensoes_com_a_psicanalise
- Lacan, J. (1966). *La direction de la cure et les principes de son pouvoir* (p. 601). Écrits.
- Lacan, J. (1992). *O seminário. Livro 17: o avesso da psicanálise*. J. Zahar. (Trabalho original publicado em 1970).
- Macalpine, I. (1972). L'évolution du transfert. *Revue Française de Psychanalyse*, 3(tomo 36), 445-474.
- Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS a clínica ampliada* (pp. 1-17). MS.
- Moreira L. R., & Kyrillos, F., Neto. (2017). Dos benefícios sociais na reforma psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo. *Revista de Psicologia*, 8(2), 110-118. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/11817>
- Muzeka, J. (2021). Esquizofrenia para além da patologização: a importância do reconhecimento do sujeito. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 10(2), 109-123. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/368>
- Nasio, J. D. (1999). *Como trabalha um psicanalista?* Zahar.
- Nicolau, R. F., & Calazans, R. (2016). O mestre e o psicanalista: tecendo laços nas políticas públicas. *Estud. Pesqui. Psicol.*, 16(4), 1119-1137. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16nspe/n16a04.pdf>
- Pena, B. F. (2017). A construção do caso em saúde mental como meio de sustentar o discurso do analista na instituição. *Estudos de Psicanálise*, (47), 135-140. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372017000100011
- Quinet, A. (2009). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia* (2a ed.). Zahar.
- Quinet, A. (2011). *Teoria e clínica da psicose* (5a ed.). Forense.
- Safatle, V. (2018). Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. In V. Safatle, N. Silva Junior & C. Dunker (Orgs.), *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico* (pp. 59-79). Autêntica.

- Santos, D. R. G., Reis, J. K. N., Rosário, A. B., & Kyrillos, F., Neto. O paradoxo da inclusão: a relevância da escuta do sujeito nos CAPS. *Vínculo*, 16(2), 68-87. doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p68-87
- Tenório, F., & Rocha, E. C. (2006). A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In S. Alberti, & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 55-72). Companhia de Freud.
- Torres, R. S. (2013). *Do ato psicanalítico ao discurso do analista: a estrutura do campo lacaniano*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Vozes.
- Vicente, T. A. F. (2018). *Psicose e CAPS entre a metapsicologia, clínica e política*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São João del-Rei].
- Viganò, C. (2012). Psicose e laço social. In W. D. Alkmim (Org.), *Novas conferências* (pp. 51-66). Scriptum Livros.

Mulheres e Saúde Mental: Reflexões a Partir da Bibliografia e de um Relato de Experiência

Segislane Moésia Pereira da Silva¹, Marlene Helena de Oliveira França² e Louise Hermania de Oliveira Marques³

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

Resumo: Este estudo objetiva compreender a relação entre a loucura e as mulheres, assim como apontar alguns dos principais fatores sociais contemporâneos que afetam a saúde mental das mulheres. Consiste em um estudo bibliográfico que incorpora relatos de experiência enquanto profissional residente em saúde mental (2021-2023). Inicialmente, discute-se como a loucura foi e é associada à figura da mulher, de maneira estigmatizante. Em seguida, realiza-se uma análise fundamentada no feminismo marxista acerca dessa problemática. Por fim, destacam-se questões que evidenciam a influência do atual modelo de sociabilidade capitalista no agravamento da saúde mental das mulheres, abordando: violência de gênero; maternidade; e trabalho doméstico e “cuidado” como atribuição feminina. Os resultados indicam um acentuado adoecimento e sofrimento mental em mulheres, com prevalência de problemas como depressão, transtornos de ansiedade e tentativas de suicídio, dentre outros.

Palavras-chave: saúde mental, gênero, capitalismo, feminismo

Women and Mental Health: Reflections from the Bibliography and an Experience Report

Abstract: This study aims to understand the relationship between madness and women, as well as point out some of the main contemporary social factors that affect women’s mental health. It consists of a bibliographic study that incorporates experience reports as a professional resident in mental health (2021-2023). Initially, it discusses how madness was and is associated with the figure of women, in a stigmatizing way. Next, an analysis based on Marxist feminism regarding this issue is carried out. Finally, issues that highlight the influence of the current model of capitalist sociability on the worsening of women’s mental health are highlighted, addressing: gender violence; maternity; and domestic work and “care” as a feminine task. The results indicate a marked illness and mental suffering in women, with a prevalence of problems such as depression, anxiety disorders and suicide attempts, among others.

Keywords: mental health, gender, capitalism, feminism

¹ Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. Mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde Mental, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Formação em Educação pela Universidade Paulista. Residente do Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Intensivismo Neonatal pela Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Assistente Social graduada pela Universidade Federal de Campina Grande. Possui Licenciatura em Sociologia pelo Centro Universitário Leonardo Da Vinci Polo João Pessoa/PB. João Pessoa/PB. *E-mail:* segislane15@gmail.com

² Doutora em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba. Possui graduação em Direito (2017) e em Serviço Social (2000) pela Universidade Federal da Paraíba. Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2003). Atualmente, é Professora Adjunto IV e Chefe do Departamento de Habilitações Pedagógicas/CE, da Universidade Federal da Paraíba. Integra o Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior — BASIS/INEP/MEC. *E-mail:* marlenecel@hotmail.com

³ Mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Gênero e Diversidade na Escola pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Direito Constitucional pela Faculdade Batista de Minas Gerais. Especialista em Direito Administrativo pela Faculdade Batista de Minas Gerais. Bacharela em Direito pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras. Cajazeiras/PB. *E-mail:* louisemarques_@hotmail.com

Submetido em: 01/06/2023. Primeira decisão editorial: 09/10/2023. Aceito em: 23/10/2023.

Introdução

Este artigo, fruto de um Trabalho de Conclusão de Residência em Saúde Mental, busca apresentar um estudo, embasado, em parte, num relato de experiência, originado da vivência da autora Assistente Social enquanto residente do Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba (RESMEN-UFPB)⁴ implementado nos diversos cenários da Rede de Atenção Psicossocial de uma cidade do Estado da Paraíba.

Tal estudo aborda questões de gênero que permeiam os serviços de saúde mental. Contudo, por que refletir sobre as problemáticas de gênero em uma residência de saúde mental? A expressão “de bruxa a louca” ilustra bem. A motivação central deste trabalho reside no fato de que, por séculos, as mulheres foram categorizadas e subjugadas a uma cultura capitalista, expondo-as a incontáveis formas de violência, desigualdade, inferiorização e opressão social. Durante o desenvolvimento da humanidade, os descontentamentos das mulheres foram interpretados — predominantemente por homens brancos — como manifestações de histeria ou loucura. Seus corpos foram geridos de acordo com interesses econômicos, religiosos e masculinos. Esta primeira vítima do capitalismo — a mulher, como menciona Silvia Federici em “Calibã e a Bruxa” (2017) — foi retratada desde a Bíblia até o “Malleus Maleficarum”, passando pela medicina, historiografia e psiquiatria, como o segundo sexo, ou como bruxas e loucas.

As mudanças nas últimas décadas, apontadas pelas teorias feministas sobre conquistas de gênero (direitos civis, trabalhistas, políticos, entre outros), configuram um novo território de reflexões. Todavia, paralelamente a isso, o capitalismo vem atuando de maneira direta nas diversas esferas da vida da mulher, através das desigualdades, da misoginia, do controle sobre seus corpos e, especialmente, sobre suas subjetividades. Em consonância com isso, dados

⁴ As Residências Multiprofissionais em Saúde são programas de pós-graduação *latu sensu* voltados à mudança do modelo médico-assistencial tradicional, promovendo integração ensino-serviço de maneira multiprofissional. Possuem carga horária de 5.760 horas, com 80% práticas e 20% teórico-práticas, e têm uma natureza interdisciplinar.

(Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2020; Santos & Diniz, 2018; Zanello, 2014) apontam a incidência e prevalência de transtornos mentais e da exacerbada medicalização dessas mazelas.

Diante disso, surgem algumas inquietações: como se estabeleceu a associação entre loucura e as mulheres ao longo da história e como essa relação é compreendida atualmente? O comprometimento da saúde mental das mulheres seria resultado exclusivamente de fatores orgânicos e biomédicos — uma visão determinista amplamente criticada pelos diversos movimentos feministas — ou estaria relacionado à dinâmica da sociedade em que vivemos, considerando que esta perpetua uma lógica de dominação e opressão sobre os corpos e subjetividades das mulheres? Quais seriam os principais apontamentos derivados de uma análise interseccional dessa problemática?

Assim, o principal objetivo deste estudo é explorar a relação histórica e atual entre loucura e mulheres e apontar os principais impactos da sociedade atual na saúde mental das mulheres através de uma análise interseccional.

Metodologia

Este artigo se baseia em uma revisão bibliográfica, com ênfase em autoras feministas que possuem domínio teórico sobre o tema, tais como: Angela Davis (2016), Heleieth Saffioti (2004), Valeska Zanello (2014), Carla Akotirene (2018), entre outras. É importante mencionar que este estudo adota uma perspectiva do feminismo marxista, que surgiu como uma reinterpretação da visão marxista em relação ao trabalho e à produção de valor. Em outras palavras, busca-se analisar as estruturas sociais e a segmentação do trabalho com base no gênero, intensificada pelo capitalismo.

A natureza do estudo é qualitativa, adotando o método de análise crítico-dialético. Cabe salientar que parte da vivência profissional da autora ao longo de dois anos (de março de 2021 a março de 2023) foi nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município onde é implementado o Programa de Residência em Saúde Mental. Esta experiência abrangeu todos os níveis de atenção (básica,

média, alta complexidade e gestão) e as variadas modalidades de cuidado (álcool e outras drogas, transtornos, infantojuvenil).

A coleta de dados foi realizada através de registros de informação da profissional, como Diário de Campo, documentos e relatórios como instrumentos de apoio. Os relatos têm origem nas experiências adquiridas durante atendimentos, escutas qualificadas e interconsultas. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo.

Nesse passo, na tentativa de respondermos à problemática central do nosso estudo, traçamos o seguinte caminho: primeiro discutimos, de maneira breve, a relação entre ser mulher e a loucura ao longo da história com base na bibliografia apresentada. Em seguida, trouxemos observações a partir da ótica da teoria feminista marxista sobre a loucura e as questões de gênero. Logo mais, realizamos apontamentos através de algumas notas, embasadas na experiência da autora enquanto profissional residente nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), acerca do agravamento dos problemas de saúde mental nas mulheres, de forma interseccional, a partir das categorias: *violência de gênero; maternidade; trabalho doméstico e cuidado*. Por fim, realizamos nossas considerações finais.

Além disso, por se tratar de um estudo que não envolve a coleta de dados dos participantes de forma sistemática, não foi necessário a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Isso porque os dados utilizados foram com base em registros profissionais e não envolvem informações pessoais identificáveis.

Entre Ser Mulher e Louca na História: Breves Considerações

Heleieth Saffioti (2004) aponta que o masculino e o feminino são resultantes de uma construção histórica, social e cultural complexa, com múltiplas dimensões. Trata-se aqui como uma forma de construção dos sujeitos, em que são estabelecidos lugares de poder, que há um aspecto biológico por trás, porém, que não é determinante.

O feminismo, enquanto corrente teórica, é fundamental para nossa discussão sobre o que é ser mulher e sua relação com a loucura na História. Vale

mencionar que a teoria feminista marxista enfatiza assertivamente que a desigualdade de gênero tem suas raízes no sistema capitalista. Esta desigualdade perdura até os dias atuais e, conforme Heleieth Saffioti (2004) pontua, mantém tanto a dominação quanto a exploração de mulheres no mundo. Isso porque os homens, especialmente brancos e burgueses, como enfatiza Angela Davis (2016), desde sempre validados pelo patriarcalismo, buscaram explicar a mulher e seus descontentamentos por um viés meramente biológico e encoberto de teor misógino.

A priori, ao tratar sobre mulher e saúde mental, cabe elucidar que os diversos problemas foram associados ao seu “útero”. O campo relacionado a “problemas da mente” é de onde surge o termo *histeria*, que, do grego, significa útero. Segundo Wilza Vilela (1992), no Egito Antigo, o corpo da mulher era associado à condição de malignidade, devido à presença do útero e as particularidades desse órgão, que ao “deslocar-se pelo corpo da mulher” produzia sintomas semelhantes aos atribuídos à histeria, que por sua vez foi associada à loucura. Mary Del Priori (1999) também elucida que, na Idade Antiga, a melancolia era bastante relacionada aos “vapores advindos do sangue menstrual” que causava “alucinações” nas mulheres.

Na Idade Média, não podemos deixar de citar o período da Inquisição, também denominado Tribunal do Santo Ofício — grupo de instituições dentro do sistema jurídico da Igreja Católica Romana em que o principal objetivo era o combate a heresias, isto é, os desvios da fé, que, por sua vez, deu início à “caça às bruxas”. De acordo com Jeffrey Russell e Brooks Alexander (2019), esse período durou cerca de 200 anos e se configurou um capítulo da história da maldade humana, equivalente aos crimes do nazismo. Suas vítimas, na grande maioria mulheres, acusadas de bruxaria eram torturadas, condenadas e assassinadas das diversas e mais cruéis formas, eram queimadas vivas, apedrejadas, enforcadas e decapitadas em locais públicos, tudo em nome da defesa da doutrina cristã (Russell & Alexander, 2019).

Grande evidência da perseguição da Igreja Católica às mulheres pode ser encontrada no livro *Malleus Maleficarum* ou *Martelo das Bruxas*, escrito 1486 por Heinrich Kramer e James Sprenger, dois

monges alemães. O mesmo foi um tipo de “manual contra bruxaria”, em que alegava que mulheres são propensas à prática de bruxaria pelo fato de serem “mais frágeis, mais estúpidas, supersticiosas e sensuais” (Russel & Alexander, 2019, p. 88).

Consoante Renata Pegoraro e Regina Caldana (2008), as condutas “demoníacas” hoje assemelham-se a quadros compreendidos como melancolia, ansiedade e depressão. No Brasil, a mulher negra sofreu ao longo da história em face do racismo estrutural frente aos seus credos e crenças, interpretados pelo colonialismo eurocêntrico como feitiçarias e magias. Ainda como afirma Souza (2016, p. 155), “diamantes e impiedades caminharam juntos no Brasil Colônia”. Assim, a mulher negra teve não apenas seu corpo, mas suas subjetividades escravizadas, e isso repercutiu até a contemporaneidade.

É importante enfatizar o desenvolvimento do sistema capitalista, que nessa nova sociedade composta por classes dá sequência às injustiças de gênero de forma acentuada nos âmbitos econômico, cultural, social e político. Não somente isso, mas como elucida e acrescenta Heleith Safiotti (2004) e Angela Davis (2016), a sociedade é composta principalmente pelo patriarcado/racismo/capitalismo, e o sistema patriarcal, especialmente, juntamente com sua ideologia impregnam a sociedade e o Estado.

Partimos da premissa de que o conceito de patriarcado — superado analiticamente — refere-se ao fato de que teorias feministas mais recentes têm enfatizado abordagens interseccionais, que consideram como diferentes sistemas de opressão (como raça, classe, orientação sexual, identidade de gênero, entre outros) interagem e se sobrepõem. Em outras palavras, ao invés de ver o patriarcado como uma forma única e monolítica de opressão, muitas feministas contemporâneas o entendem como parte de um complexo entrelaçamento de sistemas de poder e dominação.

Dessa forma, o feminismo marxista argumenta que a verdadeira libertação das mulheres só pode ocorrer através da superação do capitalismo juntamente com o patriarcado. Para eles, ambos estão entrelaçados e sustentam mutuamente a opressão das mulheres, como aponta Mirla Cisne (2018).

Com o advento do século XIX, a solução para a perturbação mental feminina passa a ser o casamento e a concepção. Segundo Carroll Smith-Rosenberg (1985), aqui emergiu um duplo e contraditório papel imposto à mulher, a de mulher verdadeira (frágil, delicada e dependente) *versus* a de mãe ideal (estoica e eficiente), o que passa a sobrecarregá-la, acarretando perturbações em sua saúde mental. Importante ressaltar que o tratamento destinado a essas mulheres se baseava em violência física e humilhação na busca pela “cura” dos “ataques histéricos”.

É nesse contexto que surgem as instituições asilares/manicomiais como locais destinados ao isolamento e punição dessas pessoas, ou, assim como afirmou Michel Foucault nas famigeradas obras *Vigiar e punir* (1987, p. 223) e *História da loucura* (1972, p. 92), nessa mesma ordem, esses espaços são “instâncias de controle” e “esquema de exclusões superpostas”. Isto é, o cenário ideal para o depósito de mulheres consideradas indesejadas pela sociedade, pelos homens e pelo capitalismo.

Nesse processo histórico, em que as mulheres passaram de bruxas a doentes mentais, os tratamentos eram à base de eletrochoques, gelo em suas vaginas, entre outras violências absurdas, sob o argumento de estarem sendo submetidas a um “tratamento”. Essa questão, por exemplo, é abordada por Daniela Arbex (2013) que resgatou os horrores do holocausto brasileiro com mulheres no hospício de Barbacena até o fim dos anos de 1980. Mas, afinal, o que trazem as teorias feministas acerca dessa problemática?

Compreensões Feministas sobre a Loucura

Consoante Linda Nicholson (2000), os estudos feministas surgem por volta das décadas de 1960/70 e buscavam desconstruir a ideia do feminino, de essência feminina, tal como discutir os ambientes sociais desprivilegiados que eram destinados às mulheres. A partir disso, com o desenvolvimento desse pensamento diante uma lógica polifônica — pensamentos em que estão presentes várias vozes das teorias feministas — a ideia de “mulher”, pode ser compreendida como um produto cultural. Dessa

maneira, essas teorias compreendem o conceito de gênero no sentido oposto ao determinismo biológico que, como vimos, foi utilizado durante séculos para estigmatizar mulheres. Para além, damos destaque à importância de trabalharmos as problemáticas de gênero através de suas interseccionalidades de classe social, raça/etnia, entre outras.

Ao tratar sobre saúde mental e gênero, é importante destacar que algumas leituras enfatizam a relevância dessa articulação, como exemplo a de Valeska Zanello (2014), quando afirma que o sofrimento psíquico, ou os problemas de saúde mental em mulheres, são construídos socialmente e moldados de acordo com valores e ideais estereotipados de gênero, construindo caminhos distintos e privilegiados de subjetivação para homens e mulheres.

Sob essa ótica, o sofrimento psíquico é construído socialmente, carregando uma conformação de normas e valores em determinada sociedade e época histórica. É a partir dessa concepção que Anna Maria Santos (2009, p. 1178) aborda:

[...] aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, e também a vivência de cada um como mulher ou como homem, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social.

Ou seja, as particularidades do contexto social influenciam diretamente na saúde mental dos indivíduos. Dessa forma, Mabel Burin (2000) denomina tais sofrimentos e enfermidades como *psicopatologias de gênero*, ultrapassando aspectos biológicos hormonais, e configurando problemas resultantes da opressão e da imposição dos papéis de gênero, sexuais, entre outros.

Foucault (1972, p. 71) já havia afirmado que “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”, isto é, a doença não se resume meramente ao fator biológico, nem psicológico, mas como um momento de ruptura no fluxo das experiências dos sujeitos, exigindo o reconhecimento de que somos passíveis de sofrimento, e o corpo e a subjetividade são a base onde esse sofrimento opera. A loucura

então é uma condição humana, o sofrimento é uma condição humana. Isto é, o sofrimento, nas palavras de Andrade (2014b, p. 157), em sua obra *Louca, eu?*, é “uma experiência subjetiva atravessada pelos modelos e significados do processo de adoecimento e cura atribuídos por cada sujeito e permeada pelas características socioculturais dos contextos em que se desenvolvem”.

Sob essa ótica, entre a loucura e a histeria pode estar caracterizada uma relação de revolta e sofrimento ocasionado pelo patriarcado apoiado no sistema capitalista. Como afirma Davis (2016, pp. 51-52), “uma consequência ideológica do capitalismo industrial foi o desenvolvimento de uma ideia mais rigorosa de inferioridade feminina” e, como salienta Valeska Zanello (2014), a medicina falha justamente ao buscar verdades pautadas apenas em mecanismos biológicos e não leva em consideração o contexto de agressões, estupro, violência doméstica, que a cada dia crescem e atingem mulheres de determinadas classes sociais de forma única e particular. Para Phyllis Chesler (2005), a própria estrutura patriarcal pode fazer com que algumas mulheres desenvolvam distúrbios mentais. Diante disso, seria então o corpo feminino mais propenso a tais transtornos ou esses problemas possuem relação com nossa atual sociedade capitalista-patriarcal-racista?

Notas Acerca do Adoecimento Mental em Mulheres Usuárias da Rede de Atenção Psicossocial

Luciana Santos e Gláucia Diniz (2018) afirmam que as taxas de prevalência e incidência de transtornos mentais são inegáveis quanto à questão de gênero. Ainda de acordo com as autoras, trata-se de problemas como transtornos comuns, depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e transtornos associados ao ciclo reprodutivo, transtornos afetivos, ansiosos e dissociativos, entre outros, em que as mulheres são mais acometidas do que os homens.

Como podemos observar no decorrer do estudo, o adoecimento mental em mulheres não possui ligação única com fatores biológicos. Com base nas teorias feministas apresentadas, fatores endógenos e exógenos, desigualdade, precarização das condições de trabalho, opressão, violência,

maternidade, sobrecarga, comportamentos, entre outros, também podem ser fortes influentes e geradores de adoecimento nas mulheres, conforme foi observado pela autora deste estudo durante a atuação profissional como residente de saúde mental.

Para tanto, sinalizamos ainda que, ao tratarmos dos aspectos exógenos como fatores de adoecimento mental nas mulheres, é importante que isso se faça por viés interseccional, ou seja, levando em consideração os múltiplos sistemas de opressão articulados também às particularidades de raça e de classe. Essa análise interseccional é necessária, pois, como afirma Carla Akotirene (2018), a interseccionalidade demarca o paradigma teórico e metodológico da tradição feminista negra, promovendo intervenções políticas e letramentos jurídicos sobre quais condições estruturais o racismo, sexismo e violências correlatas se sobrepõem, discrimina e cria encargos singulares às mulheres negras.

Nesse instante, podemos citar o caso da senhora Maria (nome fictício), uma de tantas mulheres atendidas que sofre com o racismo estrutural. Dona Maria, uma mulher negra e pobre foi acusada de roubo enquanto olhava esmaltes em uma farmácia e desde o ocorrido desenvolveu sucessivas crises de pânico, ansiedade e picos depressivos, chegando inúmeras vezes a tentar suicídio. Dona Maria teve atendimento e acompanhamento profissional na sua Unidade de Saúde (USF) e foi encaminhada para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) onde permanece em tratamento até o período da realização desse estudo. Esse é só um exemplo de como o racismo impactou a saúde mental dessa mulher, ocasionando tanto sofrimento ao ponto de querer tirar sua própria vida.

A partir disso, podemos refletir, assim como Carla Akotirene (2018), que questões de gênero estão associadas também a questões de classe e raça e que dentro do sistema socioeconômico que vivemos é exigida uma lente analítica aguçada e crítica acerca da interação estrutural e seus efeitos na vida das mulheres. Além disso, como afirma Heleieth Saffioti (1969, p. 86), “o patriarcado e o capitalismo não são autônomos, nem mesmo interconectados, mas o mesmo sistema. Como formas integradas, eles devem ser examinados juntos”.

Essas idiosincrasias são ainda mais evidenciadas quando tratamos de mulheres com transtornos mentais, sejam em decorrência do uso abusivo de substâncias ou transtornos de base, “cuidadoras”, mães, mulheres expostas a diferentes contextos de violência, sejam meninas, adolescentes, idosas, brancas, pardas, pretas, indígenas, cada qual com suas singularidades dentro de uma sociedade que as consideram nada mais que o *segundo sexo*. A partir disso, traçaremos alguns apontamentos quanto à saúde mental de mulheres usuárias da RAPS a partir de algumas notas que consideramos importantes.

Violência de Gênero: Quando Não nos Matam, nos Adoecem

Uma das questões mais marcantes da experiência enquanto residente ao tratar dos assuntos de gênero e saúde mental diz respeito às que envolveram os impactos da violência de gênero na vida das mulheres. Como afirma Davis (2016), alguns problemas sociais só são reconhecidos como uma questão séria quando assumem proporção epidêmica, quando parece não ter solução, e dessa maneira ocorreu com as múltiplas violências contra a mulher.

Não obstante, consoante Valeska Zanello (2014), somente na década de 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a violência contra mulheres como problema de saúde pública. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), violência se remete ao uso intencional da força em forma de ameaça decorrendo em lesão, dano psíquico, morte, privação. Além disso, a Lei nº 11.340 de 2006⁵, conhecida como Lei Maria da Penha, enfatiza a violência doméstica como uma das formas de violação de direitos humanos e vem tipificar a violência como: física, sexual, psicológica, patrimonial e moral.

Em todos os serviços de saúde mental foram observadas questões relacionadas aos tipos de violência e como impactam na saúde mental das mulheres. As meninas, crianças e adolescentes no Brasil sofrem em maior parte com a violência sexual e, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2020), 57%

⁵ Para ver a Lei na íntegra acessar: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

dos casos ocorridos são de origem intrafamiliar. Os impactos na vida e saúde mental dessas meninas são graves, podendo desenvolver inúmeros transtornos, como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Além disso, de acordo com o *Atlas da Violência 2020*, 67% das vítimas de agressão física registradas no país foram mulheres, 68% das mulheres assassinadas eram negras, 30% do total foram mortas em casa. Cabe destacar que, nos estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba, a taxa de homicídio de mulheres negras foi quatro vezes maior que de mulheres não negras (Brasil, 2020). Só em 2017, a taxa de estupro foi 89% para mulheres, as negras configuram a taxa de 73% de violência sexual. Nesse passo, como salienta Davis (2016), o abuso sexual de mulheres negras nem sempre se manifesta na forma de uma violência tão aberta e pública, isso porque o racismo estrutural fortalece a coesão social e estimula o estupro, e isso foi evidenciado na passagem pelo CAPS infantojuvenil, onde muitas das meninas usuárias atendidas relataram já haver sofrido algum tipo de violência sexual ou física e até então isso afetar a saúde mental.

Durante a vivência no CAPS Álcool e Outras Drogas, em especial na participação do grupo de mulheres que buscava realizar escuta coletiva sobre as demandas das mulheres usuárias do CAPS, foi evidenciado como a violência de gênero perpassa a vida dessas mulheres de forma avassaladora. Dentre as problemáticas, angústias e sofrimentos levantados nas falas das mulheres, a imensa maioria relatava já ter vivido ou ainda viver em um contexto de violência física, psicológica, moral e/ou sexual.

Em um momento do grupo, uma mulher negra relata ter sido vítima de estupro por um traficante com o qual tinha uma dívida no valor de 50 reais. Como não tinha o dinheiro, o homem a estuproou como forma de “pagamento”. Isso ocasionou um profundo sofrimento mental na mulher, sendo necessário ser realizado o acolhimento no CAPS durante o período de 15 dias e todo o acompanhamento da equipe multiprofissional durante muitos meses subsequentes. O fato ocorrido é mais um fruto da desigualdade, da violência de gênero e do racismo estrutural que permeia a sociedade brasileira até os dias atuais.

Para além do cenário do CAPS AD, a violência de gênero perpassa todos os demais cenários de atenção à saúde. A Atenção Básica (AB), porta de entrada dos serviços de saúde, tornou evidente o quanto a violência afeta a vida e a saúde das mulheres. Muitas Fichas de Notificação/Investigação de Violência foram preenchidas ao longo dos seis meses em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Esse instrumento é utilizado como ferramenta de registro dos diversos tipos de violência, assim, possibilitando o acionamento da rede de proteção. Foram diversas mulheres, de diversas idades, que durante a escuta qualificada foi possível identificar o sofrimento mental em decorrência de alguma forma de violência de gênero.

Com base nisso, fica evidente que a violência de gênero se configura então grande propulsora do adoecimento mental das mulheres. Como afirma Chesler (2005), o próprio patriarcalismo e seus desdobramentos levam ao sofrimento e uma diversidade de problemas psicológicos na vida das mulheres. Depressão, ansiedade, fobias, estresse pós-traumático, suicídio, tentativa de suicídio, abuso de álcool e drogas, insônia, exacerbação de sintomas psicóticos, problemas alimentares, depressão pós-parto, transtorno bipolar, são exemplos desse adoecimento em decorrência da violência de gênero, e todos esses problemas eram apresentados pelas mulheres da RAPS.

Cabe citar também que, além disso, como alerta Valeska Zanello (2014), os transtornos mentais comuns têm forte relação com condições socioeconômicas e de gênero e o saber biomédico apenas realiza a medicalização dessas mazelas sociais, negligenciando as raízes desses problemas, o que torna extremamente necessária uma análise multidimensional acerca de tal problemática.

Maternidade: Amor ou Martírio?

Outro problema que afeta diretamente a saúde mental das mulheres é a maternidade. Iniciamos essa nota com a mesma indagação de Elisabeth Badinter (1985) em sua obra *Um amor conquistado: o mito do amor materno*: será o amor materno um instinto, uma tendência feminina inata

ou esse depende da época, cultura ou costumes? E ainda acrescentamos: e isso impacta na saúde mental das mulheres?

Bem, de acordo com a autora supracitada, a maternidade e/ou “amor materno”, é algo construído nas relações de gênero, em que o discurso masculino exige da mulher a exclusividade do cuidado dos filhos tendo na figura da “boa mãe” o tipo ideal de mulher a ser seguido. O amor é então um sentimento como qualquer outro, podendo se manifestar ou não nas pessoas.

Até meados do século XVIII, a maternidade é marcada pela indiferença ou até mesmo pela rejeição, e isso decorre inclusive da concepção de infância. Somente com o iluminismo e a construção da figura central da família moderna é que os sentimentos de indiferença e abandono se transformam em ternura e intimidade, situando a origem histórico-social dessa ideia de que a mãe ama seu filho por “instinto”. No entanto, essa exaltação ideológica da maternidade não se estende a todas as mulheres. Como salienta Davis (2016), as mulheres escravizadas aos olhos dos seus proprietários não eram realmente “mães”, eram apenas instrumentos que garantiam a reprodução e ampliação da força de trabalho escravizada. Nas palavras de Davis (2016, p. 26), “elas eram ‘reprodutoras’ — animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar”. Dessa forma, as crianças poderiam ser vendidas e enviadas para longe, comparadas com “bezerros separados das vacas, pois [...] estão no mesmo nível dos outros animais” (Davis, 2016, p. 26).

Cabe também citar a maternidade da mulher negra no século XIX. Durante este período, a mulher negra foi frequentemente subjugada ao papel de ama de leite, sendo forçada a nutrir e criar filhos que não eram seus, enquanto muitas vezes era privada do direito de cuidar de seus próprios filhos. Esta exploração não apenas materializava o trabalho reprodutivo da mulher negra em benefício do sistema capitalista, mas também amplificava a intersecção da opressão de gênero e raça, como aponta Angela Davis (2016). A objetificação de seus corpos para a reprodução e nutrição dos descendentes da classe dominante branca reforçava uma hierarquia social e

econômica, na qual a mulher negra era duplamente oprimida, tanto como mulher quanto como pessoa negra. Assim, a maternidade, ao invés de ser uma expressão de autonomia e ligação, tornou-se uma ferramenta de exploração e desumanização no seio de uma sociedade capitalista.

A maternidade da mulher branca, todavia, estava no auge do culto do século XIX e mais uma vez a mulher se reduz a um útero. A imprensa na nova literatura tratava a mulher perfeita como a “mãe perfeita”, seu lugar era em casa, cuidando dos filhos e distante da esfera política. Criadas para serem a dona de casa e a mãe “perfeita”, muitas mulheres se sentem na obrigação de efetivar esses requisitos, e quando não podem ou querem, são julgadas e condenadas, seja pelos homens, seja pela sociedade no geral. A saúde mental das mulheres pode ser afetada desde esse momento, o de escolher ou não a maternidade. O fato é que as mulheres de hoje continuam sendo tratadas como “deusas” quando querem ser mães e “bruxas” quando não querem ou não podem ser.

Além disso, a experiência da maternidade perpassa pela gestação, parto, amamentação e cuidado com a criança. Essas experiências da vivência do papel de mãe causam várias alterações físicas e emocionais e podem ocasionar transtornos depressivos e ansiedade. Como aponta Lorena Cronemberger e Mónica Franch (2017), a depressão puerperal, popularmente conhecida como depressão pós-parto, acomete cerca de 25% das mães brasileiras e a gravidez, para essas mulheres, se configura como uma etapa da vida marcada pelo sofrimento.

O problema que apontamos não é o de ser mãe, mas quando essa situação é socialmente imposta à mulher causando-a repercussões adoecedoras. Nos diversos cenários da RAPS foram identificadas questões relacionadas à compulsória como uma problemática na vida das mulheres, já as mulheres usuárias dos CAPS sofrem com o estigma de que a mulher louca não é considerada apta à maternidade. Contudo, o espaço de saúde onde essa problemática foi mais evidenciada foi na Atenção Básica (AB). Durante os acompanhamentos interprofissionais de pré-natais e puericulturas, ficou evidenciado o quanto a maternidade imposta impacta na saúde mental das mulheres.

De acordo com o caderno científico da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Sá & Medeiros, 2022), o número de gravidezes não planejadas chega a ser 60%, especialmente em mulheres com poder socioeconômico mais baixo. Esse dado foi bastante observado durante o acompanhamento das mulheres na AB, em que muitas expressavam não ter planejado a gravidez, e muitas vezes terem sido abandonadas pelos companheiros após a descoberta da gravidez (o que era mais comum em casos de adolescentes e mulheres jovens). Durante os processos de pré-natal, também era comum perceber que a imensa maioria das mulheres estavam acompanhadas por suas mães, avós ou alguma outra pessoa, que não fosse o pai da criança. Além disso, percebeu-se também uma enorme escassez de rede de apoio⁶ com o cuidado e suporte a essas mulheres, muitas se tornando mãe solo. Os problemas de saúde mental mais comuns apresentados por essas mulheres eram preocupação, insônia, ansiedade, medo, entre outros.

Durante as puericulturas — momentos de acompanhamento do desenvolvimento da saúde infantil na USF — era bastante comum a queixa de sofrimento mental relacionada à frustração, tristeza profunda, medo, insegurança, cansaço extremo, sentimento de culpa, baixa autoestima devido ao ganho ou perda de peso rápido, entre outras. A maioria delas alegava não imaginar que seria uma fase tão complexa e difícil. O que evidencia como a maternidade, muitas vezes não planejada, impacta na saúde mental das mulheres e como é importante o acompanhamento por profissionais que compreendam essas questões por um viés crítico de gênero.

Para Kátia Azevedo e Alessandra Arrais (2006), o contraponto entre a romantização da maternidade e a realidade se dá justamente pelo ideal de maternidade que é apresentado como natural e instintivo à mulher. Com a gravidez e nascimento do filho, essas mulheres experimentam sentimentos contraditórios instaurando-se um sofrimento psíquico como base da depressão

⁶ Segundo Mariana Moreira e Jorge Sarriera (2008), “rede de apoio” são os vínculos de apoio, de recursos, de refúgio e de cuidado, seja eles da família, amigos, vizinhos e instituições da sociedade civil, políticas públicas, entre outros.

pós-parto. Para as autoras, os altos ideais ligados à maternidade acabam suscitando desapontamento, vergonha, desilusão, fracasso, fragilidade.

Para tanto, o capitalismo brasileiro ainda comanda os corpos e as subjetividades das mulheres, decidindo se elas podem ou não ser mães. Seja através da biopolítica e controle de natalidade, esterilização, criminalização e punição ao aborto, entre tantas outras questões. Esse sofrimento na maioria das vezes não compreendido é trabalhado apenas por meio da medicalização, da imposição de comportamentos que prejudicam ainda mais a saúde mental das mulheres.

Trabalho Doméstico e o Cuidado: Nós Também Adoecemos

Até então pudemos notar como a sociedade sobrecarrega as mulheres. No entanto, com o advento da pandemia de Covid-19, ficou escancarado o quanto essa sobrecarga foi intensificada. Nesse instante, destacamos duas problemáticas que estão intrinsecamente relacionadas, o trabalho doméstico e o cuidado. De acordo com a Fiocruz (2020), durante a pandemia, as mulheres foram as que mais tiveram o trabalho intensificado e, além disso, foram as principais responsáveis pelo cuidado com os doentes de Covid-19.

Cabe salientar que o direito da inserção da mulher no mercado de trabalho formal e remunerado é algo bastante recente, datando por volta do século XIX. Entretanto, em toda a História, muitas mulheres realizaram tarefas que exigem jornada de tempo, atividade motora e desgaste físico, como as “tarefas domésticas” de lavar, passar, cozinhar e cuidar do lar e da família — porém, cabe enfatizar que, na maioria das vezes, essas atividades foram/são destinadas a um grupo específico de mulheres: as pobres e/ou negras.

Tal como, Davis (2016, p. 24) destaca que atualmente o espaço de trabalho ainda ocupa na vida das mulheres negras a reprodução de um “padrão estabelecido durante os primeiros anos da escravidão”. Essa realidade abordada por Davis da mulher negra nos Estados Unidos não difere muito da história no Brasil — especialmente recordando o racismo estrutural que perpassa a história do país.

Atualmente, em contrapartida à inserção da mulher no mercado de trabalho, temos as desvantagens das mulheres que se encontram em uma dupla ou tripla jornada de trabalho, agudizada nos últimos anos com a pandemia. Tendo em vista essa condição, além dos arranjos familiares no Brasil terem um aumento de mulheres como responsáveis pela casa, essas são conduzidas por trabalhos em tempo parcial ou flexível, ou melhor, trabalhos informais e precarizados. Ademais, ainda consoante Davis (2016), o trabalho doméstico é considerado degradante porque tem sido realizado de modo desproporcional por mulheres negras aprisionadas a essas ocupações até o século XIX e até hoje continua sendo uma atividade reduzida às mulheres de classe pobre.

Em todos os espaços de saúde mental foi identificado como o trabalho doméstico impacta na vida das mulheres. Inclusive esse fator é determinante até mesmo por garantir a permanência das mulheres nos espaços de cuidado em saúde mental. Observou-se que grande parte das mulheres não possuía “tempo” para o autocuidado ou para acessarem os serviços de saúde mental, pois seus afazeres domésticos tomavam todo o tempo do dia. Além disso, eram comuns queixas de dores físicas, problemas no sono e preocupação excessiva em decorrência do trabalho doméstico.

Além da dupla jornada de trabalho que muitas mulheres vivenciam, Luciana Santos e Gláucia Diniz (2018) apontam que essas atividades realizadas no âmbito privado e sem remuneração — as “atividades domésticas” — são vistas pela sociedade como improdutiva e desvalorizada. Um exemplo disso no Brasil foi que, somente no ano de 2015, tivemos a aprovação da Lei Complementar nº 150 que assegura direitos trabalhistas às empregadas domésticas⁷. Como aponta Davis (2016), o trabalho doméstico foi naturalmente definido como uma forma inferior de trabalho, em comparação com a atividade assalariada capitalista e fez-se inalterado, em termos qualitativos, pelos avanços tecnológicos. Além disso, não leva em consideração o alto índice de desgaste físico e mental, o que potencializa o comprometimento da saúde mental dessas mulheres.

⁷ Para ter acesso à Lei na íntegra, acesse: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2015/leicomplementar-150-1-junho-2015-780907-publicacaooriginal-147120-pl.html>

O espaço doméstico e suas atividades, segundo Luciana Santos (2008), pode representar um alto fator de risco para a saúde mental das mulheres, isso se dá devido à jornada repetida e inacabada das atividades, falta de lazer e descanso e muitas vezes a repressão e submissão ao domínio do companheiro. Evidencia-se então que esse agravamento na saúde mental é resultado dessa inter-relação dinâmica e opressora.

Conforme Santos e Diniz (2018) uma pesquisa realizada sobre saúde mental e informalidade do trabalho mostra que 43,7% das pessoas com Transtornos Mentais Comuns (TMC) são “inativas”, incluindo as “donas de casa”, além da maior prevalência dessas nos casos de depressão pós-parto. Maria Sadir et al. (2010) também apontam essas mulheres como o maior grupo verificado que faz uso de psicotrópicos para tratamento de ansiedade e depressão. De fato, em todos os serviços de saúde mental da RAPS em que a pesquisadora perpassou foi identificado uso de medicação de controle especial por parte da imensa maioria das mulheres, sejam elas usuárias ou familiares.

Quanto ao “Cuidado” de forma específica, para Rachel Passos (2018), trata-se de uma necessidade ontológica do Ser Social, porém, devido às inúmeras metamorfoses ocorridas nos modos de produção e na sociabilidade, passa a ser visto como algo privado, invisível e especialmente vinculado ao sexo feminino, mais precisamente passou a ser tratado como uma dimensão do trabalho doméstico inerente e intrínseco às mulheres. Cabe salientar que, neste estudo, essa dimensão ontológica é abordada como a relação direta entre um indivíduo e outro que não pode prover suas necessidades próprias de alguma forma, como, por exemplo, infância, velhice, limitações impostas social e biologicamente como doentes de Covid-19 ou pessoas com transtornos mentais.

É importante sinalizar que a construção do modelo familiar burguês foi importante para a designação social do “cuidar” como atividade unicamente das mulheres, sem valor de troca, com menor importância e limitado à possibilidade de reproduzir os modos da vida social. Nesse mesmo modelo de sociabilidade, há uma enorme desvalorização e inferiorização das mulheres,

cabe ainda elucidar um recorte dessas mulheres, pois as particularidades de raça e classe também se fazem presentes.

Essas questões são evidenciadas no cotidiano profissional na RAPS. Na AB, a maior queixa das mulheres quanto ao cansaço e falta de tempo para autocuidado está relacionada à sobrecarga do trabalho e do cuidado com a família, e como isso desencadeia ansiedade, angústia, depressão, entre tantos outros problemas. Já nos CAPS ficou explícito que o cuidado com os usuários é realizado na imensa maioria das vezes por mulheres. Todos os serviços possuíam grupos com usuários, familiares, oficinas, entre outras atividades coletivas que proporcionam uma escuta mais geral das demandas desses sujeitos e esses espaços foram fortes instrumentos de identificação dessas problemáticas na vida das mulheres.

Nas atividades individuais e coletivas, foi comum observar como o “cuidado” era um fator de adoecimento nas mulheres. A imensa maioria dos responsáveis pelo cuidado — muitas vezes um cuidado integral — dos usuários dos serviços de saúde mental eram mulheres. Os grupos de familiares majoritariamente eram compostos por mulheres, que na maioria das vezes também estavam em processo de adoecimento e faziam uso de alguma medicação de uso especial. A sobrecarga era fator prevalente nesse adoecimento mental. Mulheres que se mostravam angustiadas face o nível de exaustão mental em decorrência do peso que é cuidar de outras pessoas, embora, na maioria das vezes, não há ninguém que cuide delas.

Com isso, evidenciamos como tal problemática é adoecedora para as mulheres, impactando diretamente na sua saúde mental, sendo urgentes e necessárias discussões e estratégias de enfrentamento, para que as mulheres também tenham o direito à saúde mental garantido.

Considerações Finais

Ao longo da história, as mulheres, especialmente um recorte dessas, enfrentou a marginalização e a opressão, muitas vezes justificadas por ciência e religião. Desde antiguidade até os séculos XIX e XX, o corpo

feminino foi objeto de disputa e controle. O feminismo, incluindo o marxista, vincula essa opressão aos sistemas capitalista e patriarcal, reforçando a necessidade de reconhecer esse passado para alcançar igualdade. Nesta seara, a saúde mental das mulheres é impactada por fatores socioculturais, com o patriarcado e o capitalismo desempenhando papéis significativos, enfatizando a necessidade de abordagens que considerem aspectos sociais e culturais para além dos biomédicos.

Diante do exposto, é incontestável a profunda relação entre a violência de gênero e o adoecimento mental das mulheres. Esta não é apenas uma constatação histórica, mas uma realidade palpável observada em diversos cenários de saúde. As marcas do patriarcado, aliadas às desigualdades socioeconômicas e raciais, intensificam a vulnerabilidade das mulheres, principalmente as negras, diante de inúmeras formas de violência. Os reflexos deste cenário manifestam-se não apenas em sintomas físicos, mas em profundas e duradouras sequelas psicológicas. Assim, reafirma-se a necessidade imperativa de uma abordagem multidimensional na assistência à saúde mental feminina, transcendendo o mero tratamento biomédico e encarando as raízes sociais e culturais do problema.

A maternidade, com todas as suas complexidades e nuances históricas, culturais e sociais, revela-se como um campo significativo de influência na saúde mental das mulheres. Confrontada entre expectativas idealizadas e realidades muitas vezes opressoras, a maternidade demonstra não ser apenas uma expressão inata, mas também um produto da construção social e das relações de poder. As consequências desse descompasso entre idealização e realidade são vivenciadas diretamente por inúmeras mulheres que enfrentam desafios físicos, emocionais e psicológicos em suas jornadas maternas. Portanto, é imperativo reconhecer, compreender e abordar essas questões com criticidade e, sobretudo, pela perspectiva feminista de gênero.

Ademais, em meio às transformações sociais e aos desafios trazidos pela pandemia de Covid-19, a profunda e desproporcional carga de trabalho doméstico e de cuidado suportada pelas mulheres foi exposta. Esta sobrecarga, intensificada historicamente por questões de raça e classe, revela

não apenas uma perpetuação de desigualdades, mas também evidencia seu custo tangível na saúde mental das mulheres.

Evidenciamos assim como essas problemáticas afetam gravemente a saúde mental das mulheres, tornando-se urgente e necessário promover discussões e estratégias de enfrentamento para garantir o direito à saúde mental. É essencial aprofundar estudos e debates, e, sobretudo, desenvolver políticas públicas de enfrentamento ao modelo de sociedade atual, sob uma perspectiva feminista e crítica de gênero. E, acima de tudo, devemos lutar por uma nova ordem social sem dominações de classe, gênero e raça. Como afirma Mary Beard (2018), “não se pode inserir as mulheres em uma estrutura já codificada como masculina com facilidade; é preciso mudar a estrutura”. Ou seja, precisamos transformar a sociedade para que não se perpetue tais problemas, especialmente o adoecimento e o sofrimento mental que a atual configuração social impõe às mulheres.

Referências

- Akotirene, C. (2018). *O que é interseccionalidade?* Letramento.
- Andrade, A. P. M. (2014a). (Entre)lançamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In V. Zanillo, & A. P. M. Andrade. (Orgs.), *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (pp. 59-81). Appris.
- Andrade, A. P. M. (2014b). “Louca, eu?”: tensionamentos e subversões da/na política pública de saúde mental. In C. Stevens, S. R. Oliveira, & V. Zanillo (Orgs.), *Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas* (pp. 149-160). Mulheres.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. Geração Editorial.
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 269-276.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno* (Waltensir Dutra, Trad.). Nova Fronteira.
- Beard, M. (2018). *Mulheres e poder: um manifesto* (Celina Portocarrero, Trad.). Planeta do Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Atlas da violência 2020*. Recuperado em 02 de abril de 2022, de <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>
- Burin, M. (2000). *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Paidós.
- Chesler, P. (2005). *Women and madness*. Palgrave Macmillan.
- Cisne, M. (2018). Feminismo e marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. *Serviço Social & Sociedade*, (132), 211-230.
- Cronemberger, L. F., & Franch, M. (2017). Depressão pós-parto e o papel social da mãe: experiências e representações sobre a fase puerperal. In *Anais do décimo primeiro Fazendo Gênero e do décimo terceiro Women's World Congress*. Recuperado em 02 de abril de 2022, de http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499463557_ARQUIVO_Depressaopos-partoeopapelsocialdamae.pdf

- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. Boitempo.
- Del Priori, M. (1999). Viagem pelo imaginário do interior feminino. *Revista Brasileira de História*, 19(37), 179-194.
- Federici, S. (2017). *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Elefante.
- Foucault, M. (1972). *História da loucura*. Perspectiva.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Vozes.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2020, 05 de agosto). *Metade das mulheres passou a cuidar de alguém na pandemia, revela pesquisa*. Recuperado em 14 de dezembro de 2022, de <https://portal.fiocruz.br/noticia/metade-das-mulheres-passou-cuidar-de-alguem-na-pandemia-revela-pesquisa>
- Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Presidência da República.
- Lei Complementar n. 150, de 1º de junho de 2015. (2015). Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico; altera as Leis nº 8.212, de 24 de julho de 1991, nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e nº 11.196, de 21 de novembro de 2005; revoga o inciso I do art. 3º da Lei nº 8.009, de 29 de março de 1990, o art. 36 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e o inciso VII do art. 12 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro 1995; e dá outras providências. Presidência da República. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2015/leicomplementar-150-1-junho-2015-780907-publicacaooriginal-147120-pl.html>
- Moreira, M. C., & Sarriera, J. C. (2008). Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 781-789. doi.org/10.1590/S1413-73722008000400016
- Nicholson, L. (2000). Interpretando o gênero. *Revistas de Estudos Feministas*, 8(2), 8-41.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*.
- Passos, R. G. (2018). *Teorias e filosofias do cuidado: subsídios para o serviço social*. Papel Social.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão da demanda por cuidados em saúde mental. *Revista Saúde Soc.*, 17(2), 82-94.
- Russel, J.; Alexander, B. (2019). *História da bruxaria: feiticeiras, hereges e pagãs*. Goya.
- Sá, M. F. S., & Medeiros, S. F. (Eds.). (2022). *Femina*, 50(3). Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Recuperado em 08 de novembro de 2022, de <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ2022Z50Z03Z-ZWEB.pdf>
- Sadir, M. A., Bignotto, M. M., & Lipp, M. E. N. (2010). *Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais*. Paideia.
- Saffioti, H. I. B. (1969). *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade* (3a ed.). Expressão Popular.
- Saffioti, H. I. B. (2004). *Gênero, patriarcado, violência*. Fundação Perseu Abramo.
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182.
- Santos, L. S. (2008). *Profissão do lar: a (des)valorização do trabalho doméstico como desdobramento da (in)visibilidade feminina*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília].
- Santos, L. S., & Diniz, G. R. S. (2018). Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Revista Psic. Clin.*, 30(1), 37-59.

- Smith-Rosenberg, C. (1985). The hysterical woman: Sex roles and role conflict in Nineteenth-Century America. In *Disorderly conduct: visions of gender in Victorian America* (pp. 197-216). A. A. Knopf.
- Souza, A. B. S. (2016). Feitiçarias, encantos e magias: mulheres negras na inquisição do Brasil Colonial (1749 - 1770). In *Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST* (v. 3). EST.
- Vilela, W. V. (1992). *Mulher e saúde mental: da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].
- Zanello, V. (2014). A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In V. Zanello, & A. P. M. Andrade (Orgs.), *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (41-58). Appris.

Adoção de Adolescentes e a Construção do Vínculo Parento-filial

Ingrid Danielle de Jesus Bento¹ e Luciana Suárez Grzybowski²

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

Resumo: A adoção tardia, processo voltado para a adoção de crianças maiores de dois anos de idade e de adolescentes, é vista com estigmas e preconceitos. No caso da adoção de adolescentes, novas complexidades são adicionadas. O objetivo desta pesquisa foi compreender as percepções de pais e filhos sobre a construção do vínculo parento-filial no contexto de adoção de adolescentes. Neste estudo, de caráter qualitativo, exploratório e transversal, de estudos de casos múltiplos, participaram quatro famílias adotivas, sendo entrevistados os adotantes e o filho adolescente adotado. Os dados foram analisados por intermédio da Análise Temática. Os resultados apontaram o caminho percorrido pelos pais e pelos filhos durante a formação da relação familiar, passando pelo projeto adotivo, os desafios, as estratégias para lidar com esses desafios, as repercussões emocionais e as avaliações sobre o processo. O acolhimento e apoio dos pais para com os filhos, a participação da família extensa, a formação de espaços de proximidade e a avaliação positiva do processo adotivo foram importantes para o vínculo, exigindo esforços da dupla pais-filhos.

Palavras-chave: adoção tardia, adoção de adolescentes, vínculo parento-filial, família adotiva

Adolescents Adoption and the Construction of the Parent-child Bind

Abstract: The late adoption, adoptive process turned to the adoption of kids older than two years and adolescents, is seen with stigmas and prejudices. When it comes to the adoption of teenagers new complexities are added. The main of this study was to understand the perceptions of parents and children about the construction of the parent-child bind in the context of adolescents adoption. In this cross-sectional study, of a qualitative nature, exploratory, and of a multiple case study, participated 4 adoptive families, being interviewed the adopters and the adoptive adolescent son. The themes originated from Thematic Analysis pointed the path coursed for parents and adolescents during the formation of the family relationships, passing the adoptive project, challenges, strategies to deal with challenges, emotional repercussions and evaluations about the process. The acceptance and support from parents to children, the participation of extended family, the formation of proximity spaces and the positive evaluation of the adoptive process were important to the bind, demanding efforts of the duo parents-children.

Keywords: late adoption, adolescent adoption, parent-child bind, adoptive family

1 Psicóloga formada pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Membro do Núcleo de Estudos em Saúde da Família (NESF) da UFCSPA. *E-mail:* ingridbento.danielle@gmail.com

2 Psicóloga. Doutora em Psicologia pela PUCRS, com pós-doutorado em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Professora associada ao Departamento de Psicologia e professora permanente do Mestrado em Psicologia e Saúde da UFCSPA. Docente da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da ISCMPA/UFCSPA. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde da Família (NESF). *E-mail:* lucianasg@ufcspa.edu.br

Submetido em: 11/05/2023. Primeira decisão editorial: 20/06/2023. Aceito em: 14/08/2023.

Introdução

A família constitui-se como espaço importante para o desenvolvimento humano (Madalena & Falcke, 2020). Quando a convivência familiar não garante a integridade física e emocional da prole, num ambiente saudável e seguro (Pereira & Menezes, 2016), recorre-se, em última instância, à adoção. A adoção, portanto, é uma alternativa jurídico-legal (*Lei nº 8.069*, 1990; *Lei nº 13.509*, 2017) que se caracteriza por oferecer não só aos filhos um lar afetivo, como também oportunizar aos pais uma alternativa para o exercício da parentalidade pela via não biológica (Melo et al., 2018; Schettini et al., 2006).

Atualmente, percebe-se uma mudança paradigmática no contexto da adoção no Brasil, em que se passa a priorizar o melhor interesse da criança e do adolescente (Machado et al., 2015; Pereira & Menezes, 2016). Isso pode ser visto através da participação da equipe técnica do poder judiciário durante as etapas do processo (Silva et al., 2020) e da avaliação das motivações dos candidatos e de suas condições para o exercício parental (Queiroz & Brito, 2013; Silva et al., 2017). Além das ações que visam estimular e facilitar outras formas de adoção (Costa & Rossetti-Ferreira, 2007; Fernandes & Santos, 2019), as quais não se encontram nos perfis mais procurados pelos adotantes.

A adoção tardia, processo adotivo destinado à adoção de crianças maiores de dois anos e adolescentes (Baldessar & Castro, 2019; Bicca & Grzybowski, 2014) é um desses casos de baixa procura. Devido a discussões sobre o termo “adoção tardia”, outras expressões, como “adoção de crianças maiores”, têm sido utilizadas para se referir a essa configuração adotiva sem que seja estabelecida a ideia de que há um tempo ou idade ideal para que uma criança ou um adolescente seja adotado (Fernandes & Santos, 2019; Machado et al., 2015).

A adoção tardia é pouco procurada devido aos estigmas e preconceitos (Araujo & Faro, 2017; Peixoto et al., 2019), em sua maioria, relacionados às vivências anteriores dos adotandos em suas famílias de origem e/ou nas instituições de acolhimento (Sampaio et al., 2018). Os postulantes apresentam receios quanto aos problemas de adaptação que podem

surgir inicialmente quanto à rotina e à organização familiar, assim como pelas repercussões das histórias anteriores dos adotandos no novo vínculo (Pordeus & Viana, 2020; Costa & Rossetti-Ferreira, 2007). Nesse sentido, eles acreditam que as experiências prévias, geralmente negativas, podem dificultar a vinculação e o processo de educação dos filhos (Sampaio et al., 2018), já que existem marcas inegáveis dessas vivências (Hueb, 2016).

Outro fator relacionado à baixa procura pela adoção tardia está no desejo dos adotantes da vivência da parentalidade mais próxima da biológica consanguínea, o que faz com que os adotantes recorram à adoção de bebês (Melo et al., 2018). Essa preferência ocorre, muitas vezes, pela possibilidade de omissão da história da adoção e da expectativa de mínima interferência da história prévia da criança (Costa & Rossetti-Ferreira, 2007).

A complexidade da adoção tardia está no fato dos adotandos estarem mais conscientes das suas experiências anteriores (Fernandes & Santos, 2019) e poderem apresentar dificuldades no processo de vinculação, buscando se proteger contra uma possível ruptura do vínculo e se comportando de forma a testar os pais (Costa & Rossetti-Ferreira, 2007; Paulina et al., 2018; Sampaio et al., 2018). Especificamente na adoção de adolescentes, novas complexidades podem ser adicionadas a essa dinâmica, uma vez que o adolescente, ao mesmo tempo em que passa pelo processo de vinculação, também vive as intensas mudanças do seu ciclo vital, podendo se mostrar mais vulnerável (Pinto et al., 2018).

Os adolescentes se encontram em um estágio de construção da própria identidade que passa pela avaliação e reavaliação de suas experiências, histórias e aprendizagens (Harvey & Byrd, 1998, citado por Gallarin et al., 2021). Assim, a integração de suas histórias de vida e de todas as emoções associadas a esta trajetória são aspectos que podem interferir no processo adotivo (Barroso et al., 2018). Além disso, os comportamentos contrastantes, de recusa e de isolamento, reflexos dos conflitos internos vividos pelos adolescentes (Só, 2018), podem trazer obstáculos para a formação do vínculo, fazendo com que os pais se sintam inseguros quanto à sua parentalidade (Machemer & Frizzo, 2021).

É importante que as demandas emocionais vividas pelos adolescentes possam ser compreendidas e acolhidas, o que contribuirá para a diminuição dos obstáculos do processo (Peixoto et al., 2019). Assim, a família adotiva, além de ajudar o adolescente a enfrentar os desafios do seu processo de desenvolvimento, também o ajudará a incorporar vivências positivas e apoiadoras (Assis & Avanci, 2004). Pensando nessas atribuições da família adotiva, é importante que os pais estejam dispostos a estabelecer uma relação familiar, se atentando para as necessidades dos filhos e realizando adaptações que facilitem a integração do filho e a elaboração sobre todas as transformações que a adoção pode provocar (Sampaio et al., 2018). Ainda, se faz preciso avaliar as condições e os recursos disponíveis para lidar com os desafios que podem surgir no processo (Silva et al., 2017; Silva et al., 2020) e para atender às especificidades de desenvolvimento do filho mais velho.

A partir do exposto, compreende-se que existem muitos desafios e peculiaridades em torno da adoção de adolescentes, sendo relevante investigar tais aspectos. Diante disso, o objetivo dessa pesquisa foi compreender as percepções de adotantes e de filhos adolescentes adotivos sobre a formação do vínculo parento-filial. A partir da escuta dos relatos de pais e filhos, pretende-se articular as percepções sobre a formação do vínculo familiar.

Método

Delineamento

Esta é uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, de corte transversal, realizada a partir de estudos de casos múltiplos (Yin, 2001) com famílias que adotaram filhos adolescentes.

Participantes

A amostra desta pesquisa foi definida por conveniência. Participaram quatro famílias de três estados do Brasil (Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Paraná) formadas por adoção de adolescentes e sem filhos biológicos. Uma das famílias participantes

tinha configuração monoparental, enquanto as demais eram de configuração nuclear, assim, foram entrevistados quatro pais e três mães (de forma conjunta; exceto o pai solo) e quatro adolescentes (de forma individual). Como critérios de inclusão, foram definidos os seguintes: famílias formadas por adoção, que concluíram a adoção de um adolescente entre 11 e 17 anos há, pelo menos, 3 meses. O critério de exclusão foi: famílias que estavam em estágio de convivência e que adotaram grupos de irmãos adolescentes. A caracterização das famílias participantes está melhor detalhada na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização das famílias participantes da pesquisa

	Família 1	Família 2	Família 3	Família 4
Membros da família	Élida*, 36 anos, Enfermeira Ruan*, 37 anos, Profissional de TI Filho Rique*, 15 anos	Luana*, 52 anos, Do Lar Fabrício*, 46 anos, Pastor Filha Anelise*, 17 anos	Érico*, 40 anos, Professor Filho Gabriel*, 13 anos	Iara*, 36 anos, Assistente Social Ricardo*, 32 anos, Professor Filho Dom*, 13 anos
Estado de residência	RS	PR	RJ	PR
Escolaridade dos pais	Pós-graduação e Ensino Superior	Ensino Superior	Pós-graduação	Pós-graduação
Renda familiar	Acima de R\$ 3.500,00	Acima de R\$ 3.500,00	Acima de R\$ 3.500,00	Acima de R\$ 3.500,00
Tempo em programa de acolhimento	2 anos	3 anos	3 anos e 6 meses	6 anos

Nota. (*) Pseudônimos usados para manter o anonimato dos participantes.

Instrumentos

As famílias responderam a um questionário sociodemográfico, que coletava informações sobre a família, como idade, renda e escolaridade, e sobre a adoção, como tempo de espera após a

candidatura, tempo de permanência do filho em programa de acolhimento, tempo do estágio de convivência e profissionais que acompanharam a adoção. Utilizou-se também dois roteiros de entrevistas semiestruturados com perguntas abertas direcionadas para os pais e para os filhos sobre o processo de vinculação (questionário elaborado pelas autoras). As questões da entrevista com os pais estavam relacionadas aos seguintes eixos de investigação: motivação para a adoção, processo de adoção, convivência com o filho, relação parental e familiar, desafios e facilitadores, apoio e relação atual. Já as perguntas direcionadas aos adolescentes investigavam o processo de adoção, a chegada na família, a adaptação inicial, os desafios e facilitadores e a relação atual com os pais e família extensa.

Procedimentos de Coleta de Dados

Para acessar os participantes, sucedeu-se à divulgação da pesquisa nas redes sociais das autoras e a uma busca ativa de famílias que compartilhavam as suas experiências de adoção nas redes sociais. Foram conduzidas oito entrevistas entre abril e agosto de 2022 pela plataforma Google Meet, sendo quatro entrevistas com os adotantes (quatro homens e três mulheres), com duração aproximada de 1h20, e quatro entrevistas com os filhos, com duração aproximada de 50 minutos. Foram realizadas gravações de áudio, por dispositivo externo, que posteriormente foram transcritas literalmente e submetidas a análise.

Análise das Informações

Os dados das entrevistas foram analisados utilizando o método da Análise Temática, que permite a identificação, descrição e análise de padrões encontrados no conjunto de dados (Braun & Clarke, 2019), sendo composto por seis etapas principais, sendo elas: 1) a familiarização com os dados; 2) a geração de códigos; 3) a procura por temas; 4) a revisão de temas; 5) a definição de temas; e 6) a produção de um relatório. Toda a análise foi orientada pelos dados, a partir da análise temática reflexiva. Posteriormente, foi realizada

a triangulação das informações dos casos, como proposto por Yin (2001), onde buscou-se integrar as experiências das quatro famílias, identificando especificidades, similaridades e diferenças.

Aspectos Éticos

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (CAAE nº 56251822.0.0.0000.5345) e está de acordo com os critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o Termo de Assentimento (TA) e a Autorização de Participação do Filho Adolescente. Foram utilizados pseudônimos para se referir aos sujeitos da pesquisa, assim como foram realizadas modificações nas informações pessoais apresentadas para preservar o anonimato dos participantes.

Descrição dos Casos de Estudo

Caso Família 1

Élida, 36 anos, e Ruan, 37 anos, casados, adotaram Rique, que atualmente está com 15 anos. Élida e Ruan estavam cadastrados no programa de apadrinhamento afetivo de uma cidade do Rio Grande do Sul e eram padrinhos de Rique. Inicialmente, eles ainda não planejavam ter filhos e nem tinham a pretensão de iniciar um processo de adoção, eles apenas tinham o desejo de oferecer ao afilhado a possibilidade de ter uma referência afetiva de pessoas externas à casa de acolhimento, podendo contribuir para a ampliação da rede social de Rique. Até mesmo buscavam deixar bem explícito no começo, quando Rique perguntava se eles iriam adotá-lo, de que não estavam com essa pretensão da adoção e que seriam apenas padrinhos. Foi então a partir de uma manifestação de Rique sobre o desejo de ser adotado pelo casal, que a psicóloga responsável pelo processo de apadrinhamento do menino entrou em contato com a família perguntando se eles estavam interessados em realizar o processo de adoção.

O casal não tinha filhos biológicos e não apresentava história de infertilidade, contudo, não era um desejo de Élica passar pela experiência da gestação. A adoção surgiu como uma possibilidade para o casal pensar sobre o projeto de parentalidade. Como o casal havia se candidatado para a adoção de Rique e não haviam outras pessoas na fila de espera, o processo de adoção ocorreu de forma mais rápida. Dessa forma, Élica e Ruan não passaram pela fila de espera. Rique foi adotado aos 12 anos de idade e já convive com seus pais há 3 anos. Todo o processo foi acompanhado pela psicóloga que trabalhava na casa em que Rique vivia.

Caso Família 2

Luana, 52 anos, e Fabrício, 46 anos, casados, concluíram a adoção de Anelise, uma adolescente que atualmente está com 17 anos. O casal realizou uma adoção tardia de grupos de irmãos. Dentre os filhos do casal, apenas Anelise foi adotada durante a adolescência, aos 14 anos. O casal já havia passado por um processo anterior de adoção, devido à impossibilidade de ter filhos biológicos. Contudo, o primeiro processo de adoção não foi concluído, por dificuldades do casal em elaborar a experiência de infertilidade. As experiências de Luana e Fabrício com crianças e adolescentes que viviam em espaços de acolhimento contribuíram para a formação de novos significados e de uma nova maturidade sobre a adoção, considerando-a como um caminho de exercer a parentalidade tão sonhada e, ao mesmo tempo, de transformar a realidade de crianças e adolescentes que estivessem esperando por uma família.

Frente a isso, após mais de 20 anos desde a primeira tentativa, o casal inicia um novo processo de adoção. Luana e Fabrício eram adeptos à adoção tardia e acreditavam ser uma opção favorável, por conta da autonomia que crianças mais velhas e adolescentes já apresentam. À princípio, a adoção seria apenas de um casal de crianças ou adolescentes, contudo, devido à indisponibilidade de uma dupla de irmãos para a adoção no estado de residência, o casal optou pela adoção de três irmãos, de forma a não separá-los. Todos estiveram em programa de acolhimento por três anos. Após

a habilitação e o aceite da família e do grupo de irmãos, a família passou pelo estágio de convivência e a adoção foi concluída. O processo, finalizado em 2019, foi acompanhado por uma psicóloga e por uma assistente social.

Caso Família 3

Érico, 40 anos, solteiro, concluiu a adoção de Gabriel, que atualmente está com 13 anos de idade. Érico é pai solo e desde muito jovem já comentava com amigos e familiares sobre o seu desejo de ter um filho, independentemente de estar ou não em um relacionamento. Apesar de não apresentar história de infertilidade, Érico desejava ter um filho por adoção e esse desejo foi se intensificando ao longo do tempo. A iniciativa de buscar pelo processo surgiu a partir de uma reflexão do pai sobre a sua vida, projetos e objetivos concluídos.

Após sinalizar o desejo de se candidatar para a adoção, levou cinco meses para a habilitação de Érico. Inicialmente, o perfil desejado era de uma criança de 0 a 8 anos e 11 meses, contudo, esse perfil foi sendo ampliado a partir da aproximação de Érico com o tema da adoção tardia. Com a habilitação, ele conheceu o seu filho Gabriel por intermédio de grupos de busca ativa de adoção. Eles se aproximaram por meio de chamadas telefônicas, devido ao momento de pandemia. Após o estágio de convivência de três meses, Gabriel passou a morar com o seu pai em uma cidade do estado do Rio de Janeiro. Psicólogas e assistentes sociais participaram do processo adotivo de Érico e Gabriel, que foi concluído há 1 ano e 6 meses.

Caso Família 4

Iara, 36 anos, e Ricardo, 32 anos, casados, concluíram a adoção de Dom, que atualmente está com 13 anos de idade. Iara não tinha o desejo de viver a experiência da gestação e o casal ainda não planejava ter filhos, foi apenas após conhecer a história de um menino que estudava na escola em que um familiar de Iara trabalhava que o casal resolveu buscar pelo processo. O casal soube que Dom estava incluído no programa de acolhimento há mais de cinco anos e que na escola apresentava

sintomas de ansiedade e reações emocionais relacionadas ao receio de não ser adotado. Inicialmente, o casal buscou pelo apadrinhamento afetivo para que pudesse oferecer outras referências e experiências para o menino, porém, o processo de apadrinhamento estava paralisado na cidade do Paraná em que o casal morava e então um dos profissionais do fórum sugeriu a adoção de Dom. Iara e Ricardo conversaram sobre a possibilidade de adoção e chegaram à decisão de formalizar o pedido.

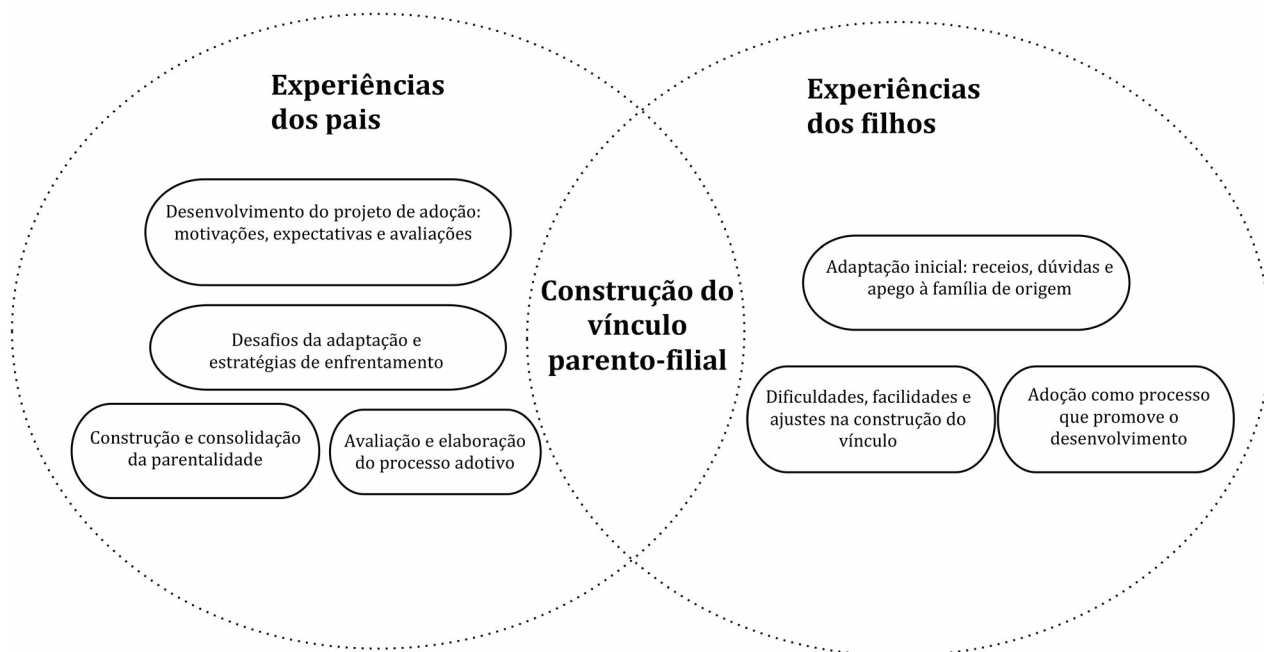
A família de origem de ambos já estava inserida de algum modo nesse universo da adoção, portanto, havia uma familiarização do casal com esse tipo de configuração familiar, o que influenciou também a motivação para iniciar esse processo. O processo como um todo, desde a habilitação até a oficialização do processo, foi acompanhado por um profissional da psicologia, que prestou orientações ao casal sobre a adoção e informações sobre a história de vida de Dom.

Apresentação dos Resultados

Após a aplicação dos cinco passos iniciais de forma independente pela dupla de pesquisadoras, a análise temática levou a formação de quatro temas referentes às experiências dos pais e três temas referentes às experiências dos filhos. Os temas originados da pesquisa se encontram na Figura 1.

Figura 1

Mapa conceitual da análise temática referente às experiências dos pais e filhos sobre a construção do vínculo parento-filial



Temas Referentes às Experiências dos Pais

Desenvolvimento do Projeto de Adoção: Motivações, Expectativas e Avaliações

Esse tema reuniu as falas dos pais referentes ao início do projeto adotivo, o qual surgiu a partir de uma reflexão das experiências vividas pelos casais, das expectativas e desejos sobre a adoção e sobre a escolha pelo perfil do filho adolescente. De modo geral, os pais passaram por um processo de amadurecimento

do projeto adotivo, que envolveu uma avaliação das condições de cada casal e da relação conjugal: “[...] saber que a gente tava muito fortalecido enquanto casal, que era um espaço muito grande de diálogo e cumplicidade, fez com que a gente percebesse que a gente queria ter filhos e que a gente tava preparados pra ser pais por esse meio, pra ser pais do Dom, entende” (Família 4); da trajetória de vida: “[...] eu tava fazendo assim uma reflexão sobre a minha vida, pensando o que tava faltando na minha vida de concluir e o que que eu já tinha concluído e tal, e aí eu fui e tomei essa decisão” (Família 3), e dos reais desejos e motivações para a parentalidade. O amadurecimento sobre a adoção também envolveu a compreensão dos pais de que o projeto adotivo deveria priorizar o adolescente e não apenas o desejo da parentalidade e que deveria ser vivido sem muitas idealizações: “Quando a gente pensou de novo, a gente vai por causa de nós ou por causa deles? [...] se a gente pensar só em nós, a gente vai com aquele ideal de criança que muitas vezes não existe, né, a gente pode se frustrar e a gente vai fazer o que os pais biológicos talvez fizeram, que é abandonar de novo...” (Família 2).

Para algumas famílias (n = 3), a adoção aparece como uma alternativa de exercício da parentalidade, tendo em vista o não interesse pela filiação biológica: “[...] cada vez mais fui percebendo que não me interessava, que eu não gostava muito da ideia de gerar, inclusive eu tinha medo e que não me importava com esse negócio de que ‘ah, precisa ser biológico’, não fazia muito sentido” (Família 4). Já uma das famílias recorreu à adoção por conta da história de infertilidade vivida pelo casal: “[...] a questão de ter nossos filhos, natural, né, como se diz, era complicado e aí a gente entendeu, conversamos que seria um caminho interessante, né, porque a gente queria ter essa experiência de ser pais [...]” (Família 2).

O interesse em adotar um adolescente também foi reforçado, devido às condições e rotina dos casais (n = 3): “[...] ele vai ter que aprender a ser inserido nesse meio e entender que a nossa rotina é essa. Talvez até por isso também que a gente preferiu um adolescente, né” (Família 1) e “[...] a gente chegou pra adoção querendo que fosse uma criança mais velha mesmo, porque nenhum dos dois tinha muito

o perfil de ter um bebê em casa, sabe” (Família 4). Já uma família flexibilizou o perfil escolhido, devido à aproximação com a adoção tardia e pela convivência com outros adolescentes: “Eu tô estudando, tô lendo, tô fazendo parte de grupo de apoio à adoção... e, eu sou professor, e trabalho em duas escolas e na época eu trabalhava numa escola que tinha crianças até 14/15 anos e aí eu ficava olhando praquelas crianças todas, eram todos pequenininhos, então eu olhava pra eles assim e ficava pensando na possibilidade de eu ser pai de uma criança maior” (Família 3).

Assim, podemos destacar que os fatores que mais se destacaram no conjunto dos relatos analisados foram: o desejo de ter filhos pela via da adoção; o fortalecimento como casal, com ambos se sentindo preparados para a filiação; o amadurecimento do plano adotivo, possibilitado por meio da reflexão sobre a trajetória de vida; a priorização do melhor interesse do adolescente e o afastamento do projeto narcísico de ideal de filho; a facilidade do adolescente em se adaptar à rotina familiar, tendo em vista a maior autonomia e independência. Esses aspectos dão indicativos sobre as motivações, expectativas e avaliações que marcaram o início da trajetória com a adoção e uma nova mudança no ciclo vital dos adotantes.

Desafios da Adaptação e Estratégias de Enfrentamento

Apesar do desejo da adoção, os pais apresentaram em seus relatos um misto de sentimentos durante o processo, duvidando em alguns momentos do seu exercício parental e de sua capacidade em enfrentar os desafios, ilustrada na fala da Família 3: “[...] eu tinha um medo de não dar certo, mas eu fui na cara e na coragem, porque eu tinha certeza de que ele era o meu filho, por mais medo que eu tinha, eu tinha muita certeza assim, absoluta certeza, mas eu tinha medo, não vou dizer pra você que eu não tinha medo, que às vezes eu ia pro banheiro e chorava, entendeu?”. Tais sentimentos estavam associados às oscilações do processo adaptativo, repleto de avanços, retornos e mudanças: “[...] toda vez que a gente avançava numa parte do processo, a gente tinha até aqueles

momentos de euforia, tipo assim 'Ah, nossa, olha que legal, olha as coisas acontecendo, olhas as coisas caminhando' e tal, então assim, foi... foi muita insegurança, não pelas ações em si, mas assim aquela parte que você fica questionando a sua capacidade" (Família 4).

Além das reações dos pais frente aos desafios vividos, as nuances do processo também estavam relacionadas às reações de pessoas da rede social dos adotantes: "foi muito difícil assim, porque já tinha muito estigmas, então assim, a família, apesar de ser muito aberta pra adoção, a gente já tinha ouvido... antes dele chegar mesmo algumas coisas preconceituosas, inclusive, relacionadas à adoção [...] a pior coisa era o sentimento de solidão que a gente tinha" (Família 4); "[...] indiretamente diziam que não era pra mim adotar uma criança grande, né, assim... uns já eram contra, porque 'Ah, tem que ser pequena pra você botar do seu jeito, que um grande não vai te respeitar', até a minha mãe, entre aspas, ficou com esse medo no início, sabe, minha mãe tinha esse receio, que ele não ia me respeitar, que ia ser isso, que ia ser aquilo outro" (Família 3); e às resistências dos adolescentes frente à aproximação dos pais adotivos: "Ele tinha... um comportamento pra afastar mesmo, sabe, pra afastar a gente é... extremamente egoísta assim em vários momentos assim, hã... e uma sensação de... de autopreservação, sabe, tipo assim, eu vou fazer tudo pra que não dê certo" (Família 4).

Frente a essas dificuldades, os pais empreenderam esforços para superar os desafios. O conhecimento prévio dos pais sobre as dificuldades que poderiam surgir foi importante: "Se você tiver mais ou menos ciente do que pode acontecer, quando acontecer, você já não ficar tão surpreendido com aquilo né, aí você vai: 'ah tá, eu já... já tenho assim alguma estratégia pra eu me... pra eu me sair bem, né, dessa situação'". (Família 3), assim como a reflexão sobre as dificuldades vividas pelos filhos: "Eles estão perdidos... por que que eles têm que ir pro novo? Por que eles têm que aceitar tudo que tá vindo? O que que faz com o que tá lá atrás?, então pra aprender lidar com isso aí e aí tem dificuldade de falar com os novos pais, de se adaptar na nova família, então, né" (Família 2).

Ao reconhecer que haveria um certo receio dos filhos com a aproximação, os pais acharam

importante enfatizar que a devolução não ocorreria e que os desafios seriam superados: "Não era uma criança recém-nascida, né, é... tinha passado já os perrengues, enfim, né. Já vinha de uma... um lar que tinha certo desestruturação, enfim. E que isso muitas vezes era motivo para muitos casais, inclusive, deixarem de fazer apadrinhamento, ou casos inclusive de devolução da adoção, de reversão da adoção, né. Por mais das dificuldades que a gente tivesse ou que a gente tinha, han... isso nunca aconteceria, né, porque se fosse o nosso filho biológico, a gente... (Ruan: não vai devolver para a barriga, né) devolve pra quem né? (risos)" (Família 1).

O enfrentamento dos desafios envolveu a constante adaptação, avaliação e reavaliação do relacionamento, das atitudes e das práticas que estavam sendo adotadas: "Na trajetória teve muito que a gente teve que rever em vários momentos, a gente tinha uma solução e a gente tinha que falar 'Viu, pera aí isso não funcionou'" (Família 4) e "Então, aprendo todo dia, né, todo dia eu aprendo um pouquinho, todo, todo dia. Erro as vezes, mas eu tento acertar mais..." (Família 3).

Nesse processo, foi fundamental a complementaridade dos pais na resolução de problemas e dos conflitos, assim como o trabalho conjunto entre pais e filhos para se chegar em soluções, ilustrado na fala da Família 2: "A gente não consegue sozinho, um cobre o outro, um faz o outro trocar a fralda, o outro leva pra escola, o outro faz o café, o outro quando tá estressado, um cuida mais das crianças naquele dia, o outro cuida das crianças no outro dia..." (Família 2). Além do diálogo entre pais e filhos: "A forma como a gente se fortalece e começa a construção é assim, é um diálogo constante sabe, não é assim dialogar só quando vem um problema, são diálogos constantes sempre que surge a oportunidade, sabe" (Família 4).

A partir dos relatos apresentados, foram evidenciados desafios na trajetória de adoção, como os medos e inseguranças, as dúvidas em relação à própria capacidade de superar as dificuldades; a sensação de solidão e a falta de apoio social frente às dificuldades; percepção de resistência dos filhos adotivos em relação à vinculação. Contudo, ao mesmo tempo que as dificuldades foram

elencadas, os entrevistados destacaram estratégias de enfrentamento que fizeram a diferença: conhecimento prévio sobre os desafios da adoção; reflexão constante sobre as dificuldades manifestadas pelos filhos; perspectiva de “não devolver a criança”, incentivando um esforço de adaptação; reavaliação da situação e adaptação constante aos desafios; diálogo e união do casal e diálogo com os filhos.

Construção e Consolidação da Parentalidade

O relato dos pais demonstrou uma construção gradual da parentalidade, com o surgimento de novas tarefas e desafios no decorrer do processo. Os pais destacaram, em um primeiro momento, a necessidade de construir um laço afetivo, afirmando os vínculos familiares, se aproximando dos filhos e da sua história, gerando conexões e expressando afeto. Isso fica ilustrado na seguinte fala da Família 3: “Aí um dia eu virei pra ele e falei com ele que ele podia dizer o quanto ele quisesse que eu não era pai dele, porque eu era pai dele sim, né, é... que se ele fugisse, fosse embora, eu ia atrás dele e ia buscar quantas vezes fosse preciso, né, e aí isso tudo foi mostrando pra ele e ele foi entendendo assim ‘Não, realmente, realmente, é’, porque até então, ninguém nunca tinha lutado por ele dessa forma” (Família 3).

A consolidação do vínculo familiar passou pela participação e apoio da família extensa, que fortaleceram o senso de pertencimento do filho adotivo: “[...] então é legal assim, sabe... ele se sentindo seguro no processo, que existem mais pessoas que também olham por ele. Isso foi legal pra que ele se sentisse mais integrado ao mundo e às pessoas” (Família 4); “E realmente assim, que nem eu digo, começa as primas vendo realmente como primo, e... eram coisas que ele não tinha, né, aí começa a entrar um monte de tio, um monte de tia, avó, avô, né, aí os amigos mesmo, assim, né” (Família 1).

Notou-se também uma transformação do vínculo, indo de uma relação de tutela para uma relação de pais e filhos, com o desenvolvimento de um senso de cuidado e de proteção: “Você consegue ver a diferença, mas primeiro era a responsabilidade, eram coisas, vamos dizer legais, coisas que diziam respeito à lei, e agora é do cuidado, mesmo, porque

daí a gente já tem isso inserido” (Família 1) e “[...] esse meu sentimento com ele hoje é muito de... de querer que cresça, de querer que desenvolva, de querer que dê fruto, sabe, é isso” (Família 4), e depois pelo desenvolvimento das tarefas parentais relacionadas à educação e criação dos filhos: “Sempre muito com essa questão de apoiar um ao outro, de tentar mostrar pra ele, né, o dia a dia, o que é certo, o que é errado, qual o melhor caminho, que a gente tá aqui pra ajudar ele” (Família 1) e “Esse exercício nosso com a Anelise, ela sabe, eu deixo ela ir todo dia trabalhar a pé e voltar a pé, porque faz parte do exercício da paternidade, dela assumir a responsabilidade dela, às vezes ela pede pra eu levar ela e eu não, mas ela sabe que choveu, meu pai vai vim me buscar, né, então...” (Família 2).

Nos relatos dos pais, foi possível observar que a constante afirmação do afeto e dos vínculos familiares, a participação ativa da família extensa na construção do senso de família e de pertencimento, a construção de vínculos pautados em relações positivas, apoiadoras e afetivas, a formação de atitudes parentais e o desenvolvimento de desejos e projetos relacionados ao filho, apontaram o caminho percorrido para que a parentalidade fosse construída e consolidada.

Avaliação e Elaboração do Processo Adotivo

Após a consolidação do vínculo e dos papéis, os pais trouxeram em seus relatos um processo de avaliação do processo adotivo como um todo, considerando os desafios como importantes para a formação de uma relação mais sólida e duradoura e para o desenvolvimento dos filhos: “É um, um desafio diário, né, tudo... sempre tem alguma coisa e tal, mas esse trabalho a gente viu que ele fortaleceu a relação [...] quando tu passou por esse problema, quando tu saiu dali, pelo menos tu conseguiu construir algo mais duradouro, mais forte” (Família 1) e “A gente tinha arranca rabo, às vezes era feio assim mesmo, sabe, tipo ‘pelo amor de Deus, o que que tá acontecendo?’, mas toda vez que a gente tinha, e isso, dava uns dois, às vezes nem isso, dava um, outro dia, a gente sempre via um esforço muito grande do Dom em tentar seguir naquela direção que a gente tava apontando, sabe” (Família 4). Ainda puderam

concluir que as dificuldades pelas quais passaram no processo de educação dos filhos são também dificuldades vividas por outras famílias com filhos adolescentes e que não se restringem ao aspecto da adoção, embora tenham variáveis específicas desse contexto: “A gente olha e fala assim ‘Aconteceu alguma coisa, não, isso não tem a ver com o processo de adoção’, quer dizer, o processo de adoção pode até ter alguma coisa no meio... mas não é isso em si, sabe, pode ser isso também ou de alguma forma ou em certa medida, né, mas a gente entende que não, é porque é adolescente! [ênfatisa]” (Família 4).

A percepção, das famílias, de que os desafios são permanentes, mas geram aprendizados significativos e a constatação de que muitos problemas não são exclusivos da adoção, mas também atingem as famílias biológicas, uma vez que são questões próprias da adolescência, foram duas questões que evidenciam um olhar mais amplo sobre a história de adoção, sugerindo um processo de avaliação e elaboração do processo adotivo.

Temas Referentes às Experiências dos Filhos

Adaptação Inicial: Receios, Dúvidas e Apego à Família de Origem

Nos relatos dos adolescentes foi predominante uma flutuação entre a esperança de ser adotado e as baixas expectativas quanto a essa possibilidade: “Foi meio que sentimento de ‘eu acho que vai dar errado’. Primeiro eu achei que ia dar errado, mas depois eu falei ‘não fique pensando assim, se não... se não der tá tudo bem, você vai ter outras chances’” (Dom). Isso ocorreu pelos adolescentes terem acompanhado as experiências de outros adolescentes abrigados: “É que assim, eu convivi com outros meninos lá na casa lar e daí eles foram, daí eles comentavam como é que foi, como é que não foi e... daí eles tiveram diversas experiências, né, e... mas a maioria voltava, porque não se davam bem” (Rique), e, devido à idade e ao tempo que passaram no abrigo, também passaram a compreender que não teriam a possibilidade de serem adotados e de terem uma família: “[...] que lá quando cê faz 18, cê sai... eu achei que eu poderia ficar lá até essa idade, não conseguir uma família, que

não ia conseguir... que ninguém ia querer me adotar... isso passou bastante pela minha cabeça” (Dom) e “É que lá dentro, tipo assim, tinham as monitoras que falavam que eu e meu irmão não tínhamos a chance de ser adotado por causa da nossa idade...” (Anelise).

As baixas expectativas com a adoção afetavam o modo como os adolescentes interagiam com os pais adotivos. Anelise, por exemplo, não se permitia aproximar-se dos pais: “Aí quando foram lá, eu coloquei na minha cabeça que não tinha chance, então vou ficar aqui. Aí eu pensei: como não tenho chance, vou ficar aqui e eles brincam lá com eles lá e eu tô de boa na minha...” (Anelise).

No início da adaptação, houve dúvidas quanto à possibilidade de dar certo e vários sentimentos diferentes emergiram nesse processo: “Quando eu vim aqui pra casa, eu tive o mesmo sentimento tipo de, será que vai dar errado? será que vai dar tudo certo?” (Dom) e “[...] desde aquele momento lá que a gente, que eu conheci ele, parece que o meu coração se juntou a ele e a minha vida mudou... Aí veio alguns sentimento ruins, péssimos, depois quando eu fui me acostumar a chamar ele de pai meus sentimentos foram tudo embora...” (Gabriel).

Dois adolescentes acreditavam que o vínculo adotivo poderia ser desfeito e apresentavam dificuldades em estabelecer o vínculo, resistindo às aproximações dos pais e se isolando em alguns momentos: “Eu achava que não ia conseguir me adaptar, que ia dar errado, daí eu me isolava, ficava sozinho, eu começava a fazer, eu não começava a conversar, eu mentia, eu começava a guardar só pra mim” (Dom); “Eu sei que eu tenho que conversar, que eu tenho que falar, externalizar o que eu tô passando, né, mas eu mesma não gosto de falar. Eu não consigo...” (Anelise).

As dúvidas vividas muitas vezes estavam relacionadas a como seria a relação com a nova família. Assim, no início da adaptação, as primeiras dificuldades surgiram e estavam relacionadas às diferenças entre as experiências vividas, que foram difíceis de serem integradas nos primeiros tempos de adaptação: “Foi difícil né, porque era uma rotina totalmente diferente da minha, né, eles tinham o costume de ir na igreja, eles fazem... eles têm reunião junto com a igreja e eu não tinha esse costume...

porque eu ia pra escola, voltava da escola, ia lá pra casa de novo... e eu só ficava com os meus irmãos, a gente... eu brincava com as meninas lá dentro... e era isso eu tinha totalmente diferente a realidade que eu não conhecia que era a deles..." (Anelise) e "Lá eu acho que tinha 13 pessoas junto comigo todos os dias e aqui eu cheguei aqui e parecia... a pessoa no começo sente esse desconforto e aí depois eu fui me acostumando" (Rique).

No processo de adaptação, os adolescentes (n = 4) também refletiam sobre os aspectos de vulnerabilidade na família biológica: "[...] o meu padrasto... é, fazia muita... batia muito na minha mãe e em mim, e aí eu resolvi separar, resolvi separar e ter uma família nova" (Gabriel). Contudo, apesar dessa compreensão dos problemas vividos por alguns, outros demonstravam uma ligação emocional com a família de origem e com as pessoas do abrigo, necessitando de tempo para se acostumar com a ideia de terem uma nova família e do apoio dos pais para elaborar experiências anteriores: "Eu sabendo que eu tinha uma mãe, eu não queria substituir ela, entendeu... mãe que é mãe, é mãe, né... Não se substitui... mas aí o tempo foi passando e eu vi que com aquela situação que ela fez acho que não cabia mais..." (Anelise).

Em suma, nos relatos dos adolescentes ficou evidente: uma oscilação entre pessimismo (vai dar errado) e esperança da adoção ser bem-sucedida; baixas expectativas quanto à adoção e quanto à possibilidade de receber afeto de uma família, dificultando a formação do vínculo; a percepção sobre a dificuldade de um adolescente ser adotado, em função da idade e do tempo de permanência na instituição; medo de não se adaptar à nova vida, aos novos costumes e a uma nova rotina; o isolamento e a dificuldade de expressar os sentimentos sobre o processo, e o apego à família de origem apesar da consciência de suas fragilidades. Tais aspectos foram marcantes no processo inicial de adaptação vivido pelos adolescentes.

Dificuldades, Facilidades e Ajustes na Construção do Vínculo Parento-filial

As divergências que se estabeleceram no estágio de adaptação, segundo os adolescentes,

possibilitaram reflexões e mudanças: "...vai ter momentos de briga, de felicidade, e eu acho que é nesses momentos que tu vai aprendendo cada vez mais. Que até tu entender o porquê que aquela pessoa tá te xingando e tu parar para pensar, né, porque, porque que ela me xingou, né, o que que eu fiz de errado... e se a pessoa fez alguma coisa errada vai lá e... tenta resolver né..." (Rique).

Em vários momentos, os adolescentes relataram a importância de conhecer e compreender o outro, a consideração dos pais sobre suas histórias de vida e a expressão de sentimentos como chaves para a relação ser construída: "Precisa entender quem tá na tua volta, o que a pessoa gosta, o que que ela não gosta... da nossa relação que hoje tá muito melhor, porque... porque foi em questão do amor, dos sentimentos um do outro e de todos se preocupar um com o outro. E de entender o outro, sempre entendendo... e o respeito também eu acho que ajudou bastante..." (Rique) e "Eles entenderam tudo, entendem tudo até hoje, sabem da minha história, eles tentam me ajudar, né, porque o passado não tem como esquecer, eu tento esquecer, mas né, o passado a gente nunca se esquece... A gente conversa sempre, tanto de lidar com saudades, a gente conversa sobre o assunto..." (Anelise).

Os adolescentes destacaram como facilitadores a percepção de que a adoção seria uma chance de ter uma vida diferente, por intermédio da qual eles poderiam ter a sua individualidade e receber cuidado: "[...] como eu não tive o amor da minha mãe [biológica] eu posso ter agora, né, posso ter essa chance de ter o que eu não tive no passado" (Anelise); "Depois de dois meses consegui, já ter uma família. A outra foi ter um cachorro, com seis meses agora, é... é... a outra ter uma festa de aniversário, poder ter uma festa de aniversário com os amigos" (Dom). Essa percepção das novas coisas que poderiam ser vividas contribuiu para uma valorização dos pais adotivos: "Eu fiquei tão alegre quando ele falou assim: 'Eu vou te ensinar a ler'. Porque não tem nenhum pai que faça isso pro filho" (Gabriel).

Os adolescentes trouxeram como importante a integração com a família extensa e o reconhecimento desta: "A minha avó, falou até pro meu pai: 'ó, ele se parece muito com você', aí foi

nessa hora, eu falei assim: ‘sério, minha vó, eu me pareço muito com meu pai?’. Eu fiquei tão nervoso quando ela disse isso, eu fiquei tão alegre, meu coração tava querendo disparar” (Gabriel) e “Aham, porque assim... eu achei bom ter tio, avó, primo e achei bom eles terem me acolhido, terem achado bom eu estar na família, é isso” (Dom). Além disso, os momentos entre pais e filhos foram comentados por todos, uma vez que possibilitaram a construção do senso de família: “Foi lá quando eu tava sendo adotado, eu acho, que nós fomos no museu, ali nós fizemos várias brincadeiras, várias coisas legais e... ali também eu vi que criou um vínculo entre nós, aí depois nós fomos em uma sorveteria, ali eu vi que... era mais alguma coisa, e até as conversas que a gente tinha, acho que essas coisas todas ajudou a criar o vínculo...” (Rique).

O processo de vinculação também passou pela avaliação do que precisaria ser ajustado, organizado e melhorado: “Mas com o tempo eu vou vendo o que eu tenho que melhorar e... eles também...” (Rique); e pelas estratégias utilizadas por pais e filhos em casos de conflitos e discussões: “Meu pai deu uma briga comigo, aí depois eu fui pro meu quarto, aí depois eu pedi desculpa e depois eu pedi perdão e dei um beijo nele e abracei ele, porque a gente fez uma promessa quando a gente tá triste ou chateado, a gente dá um beijo, um abraço e sai” (Gabriel).

Neste tema, os relatos destacaram os seguintes pontos: percepção de que as divergências são naturais e que os conflitos familiares podem gerar aprendizado; a valorização do fato dos pais demonstrarem compreensão e respeito acerca da história de vida anterior à adoção; a percepção de que a adoção seria uma chance de ter uma vida diferente, vivendo experiências que não tiveram anteriormente, recebendo cuidado e tendo sua individualidade considerada; a integração com a família extensa; a construção gradativa do vínculo e do senso de família; consciência das dificuldades a serem superadas e da busca conjunta de estratégias para resolver os conflitos. Por meio desses aspectos, foi possível perceber que, na formação do vínculo, ao mesmo tempo em que exigem as dificuldades, também existem oportunidades para ajustar e

organizar as relações afetivas.

Adoção como Processo que Promove o Desenvolvimento

Esse tema agrupou as falas dos adolescentes sobre os efeitos positivos da família adotiva em suas vidas, em relação ao desenvolvimento pessoal, com a aquisição de novos comportamentos e de maturidade: “[...] mas hoje eu já tenho um pouco mais de maturidade sobre o que é certo e errado, então às vezes eu penso no que eu vou fazer, porque se eu faço vai saber se aquilo lá dá errado... ou prejudicar alguém...” (Rique); e à ampliação do desenvolvimento cognitivo: “Porque quando... eu não sabia ler naquela época quando meu pai me adotou, eu não sabia ler. Aí meu pai me prometeu assim, falou assim: ‘filho, eu... você não sabe ler né?’. Aí ele me ensinou a ler...” (Gabriel).

Além disso, eles destacam que a família adotiva os ajudou a lidar e expressar melhor os seus sentimentos: “[...] porque eu era muito ansioso pra fazer as coisas, meu pai chegava a falar pra mim ‘você tem muita ansiedade, meu filho’... aí eu comecei a parar com essa ansiedade...” (Gabriel); além de ajudar na socialização e na inserção comunitária e social: “Quando eu fui para a escola, eu tava indo para uma escola nova onde eu não conhecia as pessoas, daí eu comecei a estudar lá, e... eu consegui uma semana depois fazer alguns amigos que eu tenho...” (Dom).

Destaca-se, neste item, uma visão positiva da adoção através dos relatos de amadurecimento e desenvolvimento cognitivo, social, afetivo e moral como efeitos do convívio familiar.

Discussão e Integração dos Casos

Nesta seção, será realizada a síntese dos casos cruzados proposta pelo método de Yin (2001) de forma conjunta à discussão teórica sobre os resultados da análise temática, buscando uma compreensão integrada do vínculo entre pais e filhos, a partir das experiências de ambos.

Neste estudo, os pais demonstraram priorizar o que seria importante para os filhos adotivos,

apresentando concepções alinhadas com uma nova cultura da adoção (Rinaldi, 2019). Outrossim, podemos inferir que o contato com a adoção tardia e as orientações de técnicos do judiciário contribuíram para a ampliação do perfil escolhido por Érico e para a preparação dos demais pais, corroborando com o apontado por Fiorott et al. (2021), Pasin et al. (2022) e Silva et al. (2022) sobre a potência desses recursos no que diz respeito à mudança de concepções sobre a adoção e na preparação dos pais para a trajetória a ser percorrida. Além disso, as motivações que levaram os pais à adoção podem ser caracterizadas como adequadas (Silva et al. 2020), tais como o desejo pelo exercício da parentalidade e de construção de uma relação efetivamente familiar, acolhendo o filho e o inserindo na família. Esse desejo pela adoção fez com que todas as famílias construíssem estratégias para lidar com os desafios ao longo do processo, não colocando as dificuldades como empecilhos incontornáveis, da mesma forma que os participantes do estudo de Queiroz e Brito (2013). Ademais, o processo foi vivido pelos quatro casos com naturalidade, sem romantização e excessiva idealização dos filhos (Fiorott et al., 2021).

Enquanto, os casais das famílias 1, 2 e 4 se apoiavam mutuamente, Érico esteve sozinho na resolução dos problemas da adaptação com o filho, trazendo esse aspecto como uma dificuldade para o seu processo adotivo. Em famílias monoparentais adotivas, a rede de apoio, a participação da família extensa e o apoio psicológico têm papel fundamental na adaptação familiar (Biassutti & Nascimento, 2021), uma vez que os pais solo não possuem um cônjuge ou companheiro para compartilhar as responsabilidades provenientes dos cuidados com o filho.

A rede de apoio tem importância inegável para qualquer processo adotivo, uma vez que contribui para que os desafios vividos pelos pais possam ser superados (Machemer & Frizzo, 2021). Dessa forma, quando a própria rede apresenta concepções estigmatizadas sobre a adoção, os pais podem se sentir inseguros, solitários e até mesmo desamparados no processo (Lima et al., 2020), como no caso dos pais deste estudo, que relataram esse aspecto como um desafio no início da adaptação.

Luana e Fabrício, Lara e Ricardo, e Érico destacaram que, durante a aproximação com os filhos, eles apresentavam comportamentos evitativos e confrontantes, enquanto Élica e Ruan relataram algumas dificuldades de entendimento com o filho. Lima et al. (2020) abordam os desafios dos pais na formação do vínculo, tendo em vista a possibilidade que os filhos mais velhos possuem de argumentar e contestar. Silva et al. (2022) destacam que todo o processo de construção do vínculo é dado de forma delicada e com mobilização emocional, dessa forma, as dificuldades iniciais podem gerar medo e insegurança (Peixoto et al., 2019), sentimentos bastante frequentes entre as quatro famílias.

Estudos apontam que os comportamentos difíceis e a dificuldade de estabelecer vínculos são comuns, devido à história difícil dos adotandos (Fernandes & Santos, 2019; Paulina et al., 2018; Pordeus & Viana, 2020; Sampaio et al., 2018; Wright & Flynn, 2006). Os filhos podem projetar sentimentos hostis nos pais, sendo importantes que os pais possam tolerá-los para fornecer ao filho mais segurança e continência (Lima et al., 2020). Os pais Érico, Luana e Fabrício se mostraram contínuos a essas projeções, reforçando ao passo disso o vínculo familiar e instaurando um senso de confiança sobre a estabilidade da relação. Ademais, a dificuldade em estabelecer vínculos também pode ocorrer por conta do apego emocional com a família de origem (Alvarenga & Bittencourt, 2013). Embora os pais (Famílias 2, 3 e 4) tenham citado sobre o apego emocional dos filhos com a família de origem, apenas Anelise trouxe esses elementos na entrevista.

Dom, Gabriel e Rique apresentavam dúvidas sobre a adoção, enquanto Anelise acreditava que não seria cuidada e amada pelos pais. Os pais de Anelise, por sua vez, destacaram a dificuldade da filha em aceitar as demonstrações de afeto que tinham com ela, sendo esta dificuldade dos filhos em compreender as demonstrações de afeto da família algo abordado por Pasin et al. (2022). Desta maneira, é preciso que os filhos adotivos estejam preparados para ingressar em uma nova família (Alvarenga & Bittencourt, 2013) e que os pais busquem conhecer a trajetória dos filhos, podendo acolhê-los (Costa & Rossetti-Ferreira, 2007), ajudá-los na elaboração

de suas vivências (Hueb, 2016) e na reapropriação e ressignificação de suas histórias (Alvarenga & Bittencourt, 2013; Pordeus & Viana, 2020). Neste estudo, todos os adolescentes disseram que os pais foram respeitosos e acolhedores com suas histórias de vida, ajudando-os no processo de compreensão e reflexão sobre essas vivências, pontos importantes também abordados por Bicca e Grzybowski (2014).

Os espaços de acolhimento são relevantes na formação da identidade dos adotandos (Alvarenga & Bittencourt, 2013) e influenciam na construção de hábitos e costumes. Anelise, Rique, Dom e Gabriel estiveram por mais de dois anos em espaços de acolhimento e relataram dificuldades de adaptação, dadas as diferenças entre o novo espaço familiar e as dinâmicas da casa lar. Nos casos das famílias 1 e 4, os pais precisaram ajudar Dom e Rique na aquisição de comportamentos mais adequados, o que foi possível através de orientações, acordos e diálogos. Isso favorece a adaptação à nova realidade (Hueb, 2016) e o desenvolvimento de novos comportamentos (Peixoto et al., 2019).

Fernandes & Santos (2019) ressaltam a necessidade de os pais criarem espaços para que o filho se perceba como parte da família. Para todos os adolescentes desta pesquisa, os momentos de troca entre pais e filhos e com a família extensa foram facilitadores para a efetiva construção do vínculo parento-filial, que passou por dois momentos: o primeiro com o estabelecimento da proximidade, e o segundo com o estabelecimento de papéis parentais e filiais, passando por um processo de “construção, estabelecimento e fortalecimento” das relações (Pasin et al., 2022, p. 22). Nesse processo, a participação da família extensa é essencial, pois ajuda a promover a efetiva integração do filho e o senso de pertencimento (Lima et al., 2020).

Por fim, a avaliação do processo adotivo, realizada pelos pais e pelos filhos, apoiou a construção de significados e a elaboração de toda a trajetória vivida. Élide e Ruan, Lara e Ricardo, e Luana e Fabrício compreendem que os desafios vividos na educação dos filhos eram semelhantes aos desafios enfrentados por outras famílias, demonstrando a compreensão de que alguns dos comportamentos dos filhos estavam mais relacionados à adolescência

do que propriamente à adoção (Pasin et al., 2022). Além disso, Érico e o casal Luana e Fabrício também destacaram não perceberem diferenças entre a filiação biológica e adotiva, visto que já assumiram que eram pais desde a chegada dos adolescentes. Assim, conforme Machado et al. (2015), independentemente da forma como a família é construída, as funções exercidas pelos pais e pelos filhos constituem os fatores que realmente fazem a diferença no sucesso ou fracasso da relação familiar. O sucesso da relação familiar, nos casos apresentados, pode ser visualizado através dos esforços dos pais em demonstrar uma forma saudável de relacionamento (Winnicott, 1965/2005) e em transformar padrões de apego (Bowlby, 1995).

Considerações Finais

Esta pesquisa buscou trazer elementos relativos à construção dos vínculos parentais-filiais no contexto de adoção de adolescentes. A análise temática e a discussão dos casos de forma integrada apontaram para as características do processo adotivo das famílias, considerando as singularidades de cada processo, as dificuldades, as estratégias de enfrentamento e as avaliações e percepções da dupla pais-filhos. O acolhimento e apoio dos pais para com os filhos, a participação da família extensa, a formação de espaços de proximidade e a avaliação positiva do processo adotivo foram importantes para o fortalecimento do vínculo parento-filial.

Tendo em vista as características das famílias participantes, que apresentavam situação econômica, renda familiar e escolaridade alta, faz-se importante explorar a realidade de outras famílias por adoção de adolescentes, uma vez que essas características podem ter influenciado nas estratégias que os pais utilizaram para a construção do vínculo. Lara, formada em Serviço Social, e Rodolfo, professor, conseguiram implementar um sistema para ajudar o filho a refletir sobre o processo adotivo, e Érico, também professor, conseguiu ajudar o filho com as questões de atraso escolar. Deste modo, fatores como a formação e a profissão podem ter influenciado no modo com que os pais lidaram com o filho nesse processo.

Apesar dos desafios vividos, os pais conseguiram estabelecer a relação com os filhos a partir da disponibilidade para acolhê-los e aceitá-los. Para a dupla pais-filhos, a adoção tardia foi positiva, porque possibilitou aos pais o exercício da parentalidade com o estabelecimento de uma relação de cuidado e de proteção, e aos filhos um lar afetivo, onde puderam estabelecer relações saudáveis e desenvolver novos comportamentos e hábitos. Os pais deste estudo demonstraram que as dificuldades encontradas podem ser enfrentadas ao longo do processo e que a história de vida dos filhos, muitas vezes alvo de estigmas por parte de adotantes, deve ser acolhida para que a vinculação seja efetiva. Além disso, a participação da rede de apoio e da família extensa pode ser um recurso potente para a construção do vínculo.

Referências

- Alvarenga, L. L., & Bittencourt, M. I. G. (2013). A delicada construção de um vínculo de filiação: o papel do psicólogo em processos de adoção. *Pensando Famílias, 17*(1), 41-53. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100005&lng=pt&tlng=pt
- Alves, J. R., & Hueb, M. F. D. (2022). Um estudo de caso sobre a adoção de uma criança mais velha. *Revista da SPAGESP, 23*(1), 71-86. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702022000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Araujo, A. I. S. F., & Faro, A. (2017). Motivações, dificuldades e expectativas acerca da adoção: perspectivas de futuros pais adotivos. *Psicologia em Revista, 23*(3), 790-810. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n3p790-810>
- Assis, S. G., & Avanci, J. Q. (2004). O adolescente e sua família: prismas que constroem o 'eu'. In *Labirinto de espelhos: formação da autoestima na infância e na adolescência* (pp. 81-128). Fiocruz. Recuperado de <https://static.scielo.org/scielobooks/vdywc/pdf/assis-9788575413333.pdf>
- Baldessar, J. C., & Castro, A. (2019). Representações sociais da adoção tardia: a busca pelo filho ideal. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 13*(47), 208-224. <https://doi.org/10.14295/online.v13i47.1962>
- Barroso, R., Barbosa-Ducharne, & Coelho, V. (2018). Como é vivida a adoção na adolescência? Construção de um questionário de sentimentos relacionados com a adoção. *Análise Psicológica, 2*(36), 235-246. <http://doi: 10.14417/ap.1376>
- Biassutti, C. M., & Nascimento, C. R. R. (2021). O processo de adoção na família monoparental. *Journal of Human Growth and Development, 31*(1), 47-57. <http://dx.doi.org/10.36311/jhgd.v31.10364>
- Bicca, A., & Grzybowski, L. S. (2014). Adoção tardia: percepções dos adotantes em relação aos períodos iniciais de adaptação. *Contextos Clínicos, 7*(2), 155-167. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.72.04>

- Bowlby, J. (1995). *Cuidados maternos e saúde mental*. Martins Fontes.
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 11*, 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Costa, N. R., & Rossetti-Ferreira, M. C. (2007). Tornar-se pai e mãe em um processo de adoção tardia. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20*(3), 425-434. <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a10v20n3.pdf>
- Fernandes, M. B., & Santos, D. K. (2019). Sentidos atribuídos por pais adotivos acerca da adoção tardia e da construção de vínculos parento-filiais. *Nova Perspectiva Sistêmica, 28*(63), 67-88. <https://dx.doi.org/10.21452/2594-43632019v28n63a04>
- Fiorott, J. G., Giacomozzi, A. I., Bousfield, A. B. S., Justo, A. M., & Sauer, A. D. (2021). Representações sociais da devolução na adoção: tensionamentos e estratégias possíveis. *Estudos de Psicologia, 26*(1), 68-81. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v26n1/a08v26n1.pdf>
- Gallarín, M., Torres-Gomez, B., & Alonso-Arbiol, I. (2021). Aggressiveness in adopted and non-adopted teens: the role of parenting, attachment security, and gender. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(4), 2034. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042034>
- Hueb, M. F. (2016). Acolhimento institucional e adoção: uma interlocução necessária. *Revista da SPAGESP, 17*(1), 28-38. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2021000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República.
- Lei n. 13.509, de 22 de novembro de 2017. (2017). Dispõe sobre adoção e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e dá outras atribuições. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13509.htm
- Lima, B. G., Nacul, L. R., & Cardoso, N. O. (2020). A construção do vínculo parento-filial no processo de adoção tardia: uma revisão integrativa. *Textos & Contextos, 19*(2). <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2020.2.35601>
- Machado, L. V., Ferreira, R. R., & Seron, P. C. (2015). Adoção de crianças maiores: sobre aspectos legais e construção do vínculo afetivo. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, 6*(1), 65-81. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072015000100006&lng=pt&tlng=pt
- Machemer, R. S., & Frizzo, G. B. (2021). “Trigêmeos de Idades Diferentes”: a experiência da maternidade por meio da adoção de irmãos. *Contextos Clínicos, 14*(1). <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.141.03>
- Madalena, M., & Falcke, D. (2020). Maus-tratos na infância e o rompimento do ciclo intergeracional da violência. In M. L. M. Teodoro, & M. N. Baptista (Orgs.), *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção* (2a ed., pp. 93-100). Artmed.
- Melo, C. F., Carvalho, M. V., Monteiro, R. O., & Ramos, C. M. O. (2018). Nascem pai e mãe: a percepção dos pais sobre o processo de adoção tardia. *Psicopedagogia Online, 1*, 1-8. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/341446827_Nascem_pai_e_mae_a_percepcao_dos_pais_sobre_o_processo_de_adocao_tardia
- Pasin, H. C. A., Fiorott, J. G., Hensel, B. P., Giacomozzi, A. I., & Bousfield, A. B. S. (2022). Grupos reflexivos sobre a adoção de crianças e adolescentes: temas emergentes. *Revista da SPAGESP, 23*(1), 14-29. <https://doi.org/10.32467/issn.2175-3628v23n1a3>
- Paulina, E., Ferreira, L., Bobato, S. T., & Becker, A. P. S. (2018). Processo de vinculação afetiva de crianças adotadas na perspectiva dos pais adotantes. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia, 38*(94), 77-86. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000100008&lng=pt&tlng=pt
- Peixoto, A. C., Giacomozzi, A. I., Bousfield, A. B. S., Berri, B., & Fiorott, J. G. (2019). Desafios e estratégias implementadas na adoção

- de crianças maiores e adolescentes. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 63, 89-108. <http://dx.doi.org/10.21452/2594-43632019v28n63a05>
- Pereira, F. M. S., & Menezes, H. C. B. (2016). A efetividade do direito à convivência familiar da criança e do adolescente à luz da lei de adoção. *Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário da FEB*, 12(1). <http://dx.doi.org/10.4322/1980-0029.182014>
- Pinto, A. V., Cavalcanti, J. G., Araújo, L. S., Coutinho, M. L., & Coutinho, M. P. (2018). Depressão e adolescência: relação com qualidade de vida e bem-estar subjetivo. *Revista de Psicologia da IMED*, 10(2), 6-21. <https://doi:10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2752>
- Pordeus, M., & Viana, R. (2020). A estrutura do vínculo familiar na adoção tardia. *Cadernos de Comunicação*, 24(2). <https://doi.org/10.5902/2316882X48523>
- Queiroz, A. C. A., & Brito, L. (2013). Adoção tardia: o desafio da garantia do direito à convivência familiar e comunitária. *Textos & Contextos*, 12(1), 55-67. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/13161>
- Rinaldi, A. A. (2019). Adoção: políticas para a infância e juventude no Brasil? *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 33, 273-294. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.13.a>
- Sampaio, D. S., Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2018). Pedras no caminho da adoção tardia: desafios para o vínculo parento-filial na percepção dos pais. *Trends in Psychology*, 26(1), 311-324. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000100311&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Schettini, S. S. M., Amazonas, M. C. L. A., & Dias, C. M. S. B. (2006). Famílias adotivas: identidade e diferença. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 285-293. <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n2/v11n2a06.pdf>
- Silva, P. S., Silva, E. X. L., Lopes, R. C. S., & Frizzo, G. B. (2017). Diferentes configurações familiares de candidatos à adoção: implicações para os processos de habilitação. *Estudos de Psicologia*, 22(4). <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170042>
- Silva, P. S., Schwochow, M. S., Resmini, G. F., & Frizzo, G. B. (2020). Critérios para habilitação à adoção segundo técnicos judiciários. *Psico-USF*, 25(4), 603-612. <http://dx.doi.org/10.1590/1413/82712020250401>
- Silva, P. S., Machado, M. S., Silberfarb, M. S., Machemer, R. S., Santos, A. T. R., Chaves, V. P., & Frizzo, G. B. (2022). (Re)construindo vínculos: Relato de experiência de um grupo de apoio à adoção. *Revista da SPAGESP*, 23(1), 175-190. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.32467/issn.2175-3628v23n1a14>
- Só, L. (2018). As escolhas adolescentes. In C. Chazan, & L. Só (Orgs.), *Vida adolescente: perspectivas de compreensão* (pp. 25-36). Fi.
- Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual* (3a ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965).
- Wright, L., & Flynn, C. C. (2006). Adolescent adoption: Success despite challenges. *Children and Youth Services Review*, 28(5), 487-510. <https://doi:10.1016/j.chilyouth.2005.06.00>
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2a ed.). Bookman.

De que Maneira os Cursos de Psicologia Abordam a Temática de Gêneros e Sexualidades? Uma Análise de Questionários Aplicados a Estudantes de Graduação em Psicologia da Região de Curitiba/PR

Fernanda R. Cabral Bonato¹ , Roberta C. Gobbi Baccharim² , Adriane Mussi³
e Norma da Luz Ferrarini⁴

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil

Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil

Resumo: Compreendendo a importância da formação de estudantes para o trabalho com demandas em sexualidade, este artigo apresenta dados que foram coletados por meio da aplicação de questionários virtuais a estudantes dos dois últimos anos do curso de Psicologia sobre a maneira como os cursos abordam a temática de gêneros e sexualidade. Participaram, ao total, 57 alunos(as) de cinco Instituições de Ensino Superior (IES), sendo uma delas da rede pública e as outras quatro da rede privada. A análise dos dados foi realizada de maneira descritiva pela elaboração de gráficos comparativos. Entre os resultados, pôde-se compreender que: somente duas IES possuíam, em sua grade curricular obrigatória, alguma disciplina específica orientada para os estudos das sexualidades; que a maior parte dos eventos sobre a temática são extracurriculares; que as disciplinas não abordam os transtornos da sexualidade; que as sexualidades e gêneros são abordados de maneira interseccional em outras disciplinas do curso. Conclui-se que, para uma formação orientada para uma prática profissional ética e comprometida com o atendimento integral das demandas em saúde sexual, faz-se urgente a implementação de disciplinas obrigatórias sobre gêneros e sexualidades nos cursos de Psicologia da região de Curitiba/PR.

Palavras-chave: sexualidades, graduação, psicologia, gêneros

How do Psychology Courses Approach the Theme of Gender and Sexuality? An Analysis of Questionnaires Applied to Psychology Undergraduate Students from Curitiba/PR

Abstract: Understanding the importance of training students to work with demands in sexuality, this article presents data that was collected through the application of virtual questionnaires to students in the last two years of the Psychology course on how the courses approach the theme of gender and sexuality. A total of 57 students from five Higher Education Institutions took part, one of which was public and the other four private. The data was analyzed descriptively by drawing up comparative graphs. The results showed that: only two Institutions had a specific subject on sexuality studies in their compulsory curricula; that most of the events on the subject are extracurricular; that the subjects do not address sexuality disorders; sexualities and genders are addressed in an intersectional way in other subjects in the course. The conclusion is that, in order to provide training geared towards ethical professional practice and committed to providing comprehensive care for sexual health demands, it is urgent to implement compulsory subjects on gender and sexuality in psychology courses in the Curitiba/PR region.

Keywords: sexuality, undergraduate, psychology, gender

¹ Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná. *E-mail:* fernandacbonato@gmail.com

² Mestra em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná. *E-mail:* roberta.gobbi@gmail.com

³ Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná. *E-mail:* adriane.mussi@gmail.com

⁴ Pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná. *E-mail:* normadaluzf@gmail.com

Submetido em: 04/05/2023. Primeira decisão editorial: 14/08/2023. Aceito em: 11/09/2023.

Introdução

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Psicologia foram aprovadas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE) no ano de 2004, através da Resolução nº 8, de 12 de maio de 2004. Conforme artigo 3º observa-se que os cursos de “graduação em Psicologia tem como meta central a formação do Psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia”, devendo, ainda, garantir a construção do conhecimento, a compreensão dos fenômenos psicológicos, o reconhecimento da diversidade do ser humano, a compreensão dos fenômenos sociais e sua relação com a estruturação subjetiva humana, além de propiciar aos(às) estudantes a possibilidade de atuação ampla em diferentes contextos, respeitando a ética e fomentando a formação continuada (*Resolução nº 8, 2004, p. 1*).

A Resolução nº 8 foi mantida até 05 de março de 2011, quando a Resolução nº 5 do Ministério do Ensino e da Cultura (MEC), do CNE e da Câmara de Educação Superior instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia (*Resolução nº 5, 2011*) estabelecendo novas orientações e normas para o projeto pedagógico complementar na Formação de Professores de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2018). Esta nova Resolução teve como objetivo orientar “princípios, fundamentos, condições de oferecimento e procedimentos para o planejamento, a implementação e a avaliação” do curso de Psicologia (*Resolução nº 5, 2011, p. 1*) e, segundo o Conselho Federal de Psicologia:

ao invés de indicar disciplinas e conteúdos específicos como fazia o Currículo Mínimo, a nova regulamentação tomando como base o perfil da(o) profissional que se pretende formar, estabelece princípios e fundamentos, conhecimentos e competências gerais e específicas a serem desenvolvidos e articulados em torno de eixos estruturantes. Reconhece o fenômeno psicológico como multideterminado e histórica e culturalmente contextualizado, a diversidade de orientações teórico-metodológicas da Psicologia e a diversidade de práticas, de processos de

trabalho de contextos de inserção profissional. (CFP, 2018, p. 17)

Apesar da nova Resolução, alguns artigos da Resolução antiga (nº 8) foram mantidos, como os artigos 7º e 8º que dispõem sobre a identidade do curso de Psicologia, continuando a afirmar que a formação acadêmica se faz por meio de um núcleo comum de formação, constituído por um conjunto de competências, habilidades e conhecimentos (*Resolução nº 5, 2011*).

Segundo estes artigos:

Art. 7º O *núcleo comum* da formação em Psicologia estabelece uma base homogênea para a formação no País e uma capacitação básica para lidar com os conteúdos da Psicologia, enquanto campo de conhecimento e de atuação.

Art. 8º As *competências* reportam-se a desempenhos e atuações requeridas do formado em Psicologia, e devem garantir ao profissional um domínio básico de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos e psicossociais, e na promoção da qualidade de vida. (*Resolução nº 5, 2011, p. 3*)⁵

Fernando González Rey (2001, p. 11) nos aponta que o propósito da educação “não é simplesmente o de efetivar um saber na pessoa, mas seu desenvolvimento como sujeito capaz de atuar no processo em que aprende e de ser parte ativa dos processos de subjetivação associados com sua vida cotidiana”. Assim, estarão os cursos de graduação em Psicologia da região de Curitiba abordando temáticas relacionadas a gêneros⁶ e sexualidades no decurso da graduação e, caso estejam, de que maneira?

⁵ Para maiores informações sobre a formação e regulamentação dos cursos de Psicologia no Brasil, assim como as bases teóricas curriculares vide capítulo 1 da dissertação de mestrado de Bonato (2019).

⁶ O termo gênero refere-se não ao que as ciências médicas e biológicas tradicionalmente identificam como sexo masculino e feminino, mas sim ao conjunto de comportamentos, identidades e papéis socialmente construídos sobre as masculinidades, feminilidades, transexualidades, travestilidades, às pessoas agênero, não binárias e outras formas de identificação, vivência e expressões não cisnormativas.

Para responder a esta pergunta, foi desenvolvida ao longo dos anos de 2017 a 2019 uma pesquisa de mestrado intitulada “A formação científica sobre sexualidade nos cursos de graduação em Psicologia da região de Curitiba” (Bonato, 2019), cujo objetivo principal era o de investigar a formação científica a respeito da sexualidade humana em atividades acadêmicas e nos currículos de cursos de graduação em Psicologia da região de Curitiba, uma vez que pesquisas previamente realizadas apontam uma lacuna na formação acadêmica de diversas graduações, no que tange às referidas temáticas (Borges et al., 2013; Paiva, 2008; Senem, 2015; Sposito, 2015).

Para tanto, foi realizada a análise das matrizes curriculares dos cursos de Psicologia de cinco Instituições de Ensino Superior (IES) coparticipantes, assim como a análise dos ementários destes cursos, a realização de oficinas temáticas e, por fim, aplicação e análise de questionários com estudantes destes cursos.

Neste artigo serão compartilhados os dados obtidos por meio da aplicação dos questionários *on-line* aos(as) estudantes que cursavam os dois últimos anos ou quatro últimos períodos do curso de Psicologia, uma vez que os resultados da análise dos ementários e das matrizes curriculares podem ser encontrados no capítulo de livro intitulado “O que a análise dos ementários e matrizes curriculares de cursos de graduação em Psicologia nos diz sobre a formação de psicólogas(os) diante da sexualidade humana?” em Bonato, Mussi, Ferreira, et al. (2022), e das oficinas temáticas em “Oficinas sobre sexualidade: uma possibilidade para suprir lacunas na formação em Psicologia?” (Bonato, Mussi & Ferrarini, 2022).

A aplicação do questionário *on-line* buscou compreender como o ambiente acadêmico promove a discussão e a formação acerca de temas relacionados a gêneros e sexualidades, como: orientação sexual, identidade de gênero, ciclo de resposta sexual humana, disfunções sexuais, comportamentos parafilicos e parafilias, educação em sexualidade, atuação da Psicologia diante de atendimentos sobre a temática da sexualidade humana nos mais diversos campos de atuação passíveis ao(à) profissional.

Método

Para a execução de toda a pesquisa de mestrado, incluindo a análise do ementário dos cursos de Psicologia das IES coparticipantes, além de oficinas temáticas, aplicação e análise de questionários, foram enviados *e-mails* para todas as coordenações dos dez cursos existentes à época na região, sendo que, dos dez *e-mails* enviados, oito foram respondidos, sendo agendadas reuniões com os(as) referidos(as) coordenadores(as) de cursos. Entretanto, destes(as) oito coordenadores(as) que responderam o *e-mail*, somente seis concordaram com a possibilidade de agendamento da reunião, já que duas das instituições se recusaram a firmar a coparticipação com a pesquisa ainda por *e-mail*.

Dos seis encontros agendados, cinco coordenadores de cursos de Psicologia firmaram a parceria seguindo os requisitos solicitados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Saúde da Universidade Federal do Paraná, sendo uma delas pública e quatro da rede particular.

Somente após este acordo de coparticipação é que a efetiva divulgação da pesquisa começou a ser realizada, na modalidade presencial, em todas as salas de aula do quarto e quinto ano, ou, ainda, do sétimo, oitavo, nono e décimo período dos cursos de Psicologia das IES coparticipantes. Buscaram-se os(as) estudantes que já haviam vivenciado mais da metade da vida acadêmica do curso de Psicologia, uma vez que a graduação em Psicologia no Brasil tem a duração de cinco anos, possibilitando uma visão mais abrangente do que é abordado sobre sexualidade no decurso destes anos de formação. A divulgação também foi feita por meio digital, através da rede social Facebook dos centros acadêmicos das distintas IES e por mensagem enviada via grupos de WhatsApp gerenciado por estudantes representantes das referidas turmas.

Assim, entre os meses de maio e julho de 2018, alunos(as) que cursavam os dois últimos anos do curso de Psicologia ou os quatro últimos períodos das cinco IES coparticipantes foram convidados(as) a responder o questionário *on-line* através de uma página do Google Forms.

O questionário, composto por seis questões acerca de temas relacionados à sexualidade humana, era acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cuja assinatura era imprescindível para participação na pesquisa.

O objetivo geral do questionário foi o de investigar a formação científica nos cursos de graduação de Psicologia a respeito das temáticas de gêneros e sexualidades, complementando as informações previamente obtidas por meio da realização das oficinas, das matrizes curriculares e da análise dos ementários.

Para a análise de dados, foi utilizado o método de estatística descritiva, a fim de organizar, descrever e resumir os dados, permitindo uma visão global da informação coletada de maneira compreensível e concisa. Este método foi definido para que uma melhor visualização da média obtida nas respostas fosse possível. Os dados foram organizados em gráficos que permitiram às pesquisadoras e aos(as) leitores(as) uma forma rápida e objetiva de visualização dos dados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob processo número CAEE 71407315.5.0000.0102, parecer número 2.247.961.

Resultados

No total, 57 questionários foram respondidos, destes, observou-se que nove pessoas que o responderam (16%) cursavam a universidade pública, enquanto 48 (84%) cursavam instituições da rede privada de Ensino Superior. Entre os(as) estudantes, observou-se uma participação equitativa, em números, de cada instituição coparticipante, não existindo nenhuma instituição com um número muito mais expressivo em detrimento de outra.

Em relação ao período letivo cursado pelos(as) alunos(as), verificou-se que 52,7% encontravam-se no último ano letivo, enquanto os(as) estudantes que cursavam o penúltimo ano da graduação somaram 43% da amostra. Os(as) outros(as) 3,5% foram estudantes que, por algum motivo não exposto na

pesquisa, encontravam-se desperiodizados⁷ entre os períodos englobados na amostra.

Quanto ao estudo em sexualidade, 38,6% (22) dos estudantes informaram que em sua IES havia uma disciplina de sexualidade, enquanto 61,4% informaram não haver na grade curricular uma disciplina específica para abordar os aspectos desta temática.

Segundo os(as) participantes, pode-se afirmar que até o ano de 2018 somente duas das IES ofereciam uma disciplina específica sobre sexualidade humana. Estas disciplinas tinham os nomes: “Gênero, sexualidade e políticas públicas”, oferecida por um Centro Universitário e “Psicologia da Sexualidade”, oferecida por uma Universidade. Estes(as) 22 participantes que responderam que havia o oferecimento de uma disciplina específica sobre sexualidades faziam parte da rede privada de Ensino Superior.

Assim, segundo as respostas de estudantes, três IES, sendo uma da rede pública e duas privadas, não oferecem uma disciplina específica sobre sexualidades na grade obrigatória. Entretanto, este dado deve ser analisado com cautela, pois há uma divergência de informações quanto a uma IES, uma vez que cinco alunos(as/es) de uma universidade privada afirmam a existência da disciplina, enquanto sete da mesma universidade afirmam que esta IES não a oferecia. Destes que afirmam o oferecimento da disciplina, três indicam um nome para ela, mas de maneira divergente, como “Ênfase em sexualidade”, “Recursos terapêuticos para sexualidade” e “Sexualidade”. Os(as) outros(as) dois(duas) estudantes que afirmam a existência, ou não citam o nome, ou expuseram que não se recordavam. Porém, analisando os ementários e matrizes curriculares, constatou-se que a Universidade privada em questão, até 2018, não oferecia nenhuma disciplina específica em Sexualidade. Fato contraditório, visto que esta mesma Universidade, que não possui a disciplina na grade curricular de disciplinas obrigatórias, contava já à época com um curso de especialização nesta temática voltado para profissionais da saúde

⁷ A desperiodização acontece quando um(a) estudante, devidamente matriculado(a/e) e em curso, que, por algum motivo (transferência, interrupção, trancamento de matrícula etc.), cursa disciplinas em diferentes turmas e períodos.

e educação.

Entretanto, os dados obtidos por meio da aplicação do questionário *on-line* apontam que temas relacionados a sexualidades e gêneros são trabalhados no decurso da formação acadêmica em Psicologia, mesmo que não o sejam por meio de uma disciplina específica.

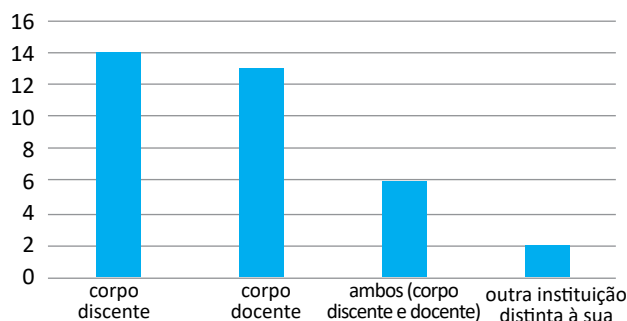
Por meio das respostas, 75,4% dos(as) estudantes afirmaram que conteúdos alusivos a sexualidades e gêneros foram abordados no decurso da formação acadêmica no/pelo ambiente acadêmico, em detrimento de 24,6%, que afirmam que esta abordagem não existiu. Estes(as) estudantes que responderam positivamente à abordagem informam que temas relacionados a gêneros, identidade de gênero, transexualidade, diversidade sexual, relacionamentos afetivos, incluindo questões LGBTI+, preconceito, homofobia, lesbofobia e transfobia, orientação sexual, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), diferença entre sexo e sexualidade, vivência da sexualidade conforme as diferentes fases do ciclo da vida, políticas públicas e sexualidade, violência sexual, feminismo, teoria *queer* e o papel do(a) psicólogo(a) diante de demandas relacionadas a gêneros e sexualidades foram trabalhadas em algum momento da formação acadêmica.

Estes(as) graduandos(as) em Psicologia citaram que as disciplinas: Psicanálise, Ética, Psicologia da Saúde, Psicologia Comunitária, Psicologia do Adulto, Psicologia da Infância e Adolescência, Psicologia Social, Psicologia Histórico-cultural, Psicologia da Inclusão, *Gestalt* Terapia, Psicopatologia, Psicologia Jurídica, Psicologia Escolar, Temas Emergentes, Antropologia e Genética, discutiram a temática da sexualidade das aulas. Ademais, observou-se que, para além das disciplinas citadas, 33 estudantes (57,9%) afirmaram que a temática também foi trabalhada por meio de outros recursos pedagógicos, como projetos de pesquisa, extensão e/ou outras atividades, enquanto 24 (42,1%) informaram que não participaram de nenhum evento sobre estas temáticas.

Em relação aos eventos realizados no ambiente de Ensino Superior sobre gêneros e sexualidades, constatou-se que estes foram promovidos quase de maneira igualitária entre o

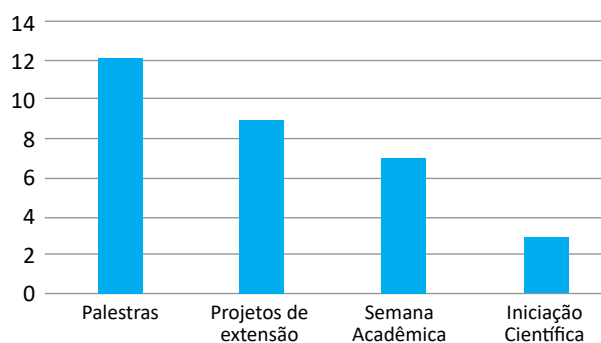
corpo docente e discente. O Gráfico 1 mostra que 14 participantes avaliam que as atividades foram organizadas pelo corpo discente e 13 pelo corpo docente das IES.

Gráfico 1
Responsabilidade pela realização das atividades diante de temas relacionados a sexualidades



Entre os eventos realizados, os(as) estudantes citaram que as semanas acadêmicas, os projetos de extensão e as palestras foram as formas mais utilizadas, e em menor proporção a iniciação científica, para a promoção de debates e troca de saberes sobre temas relacionados à sexualidade humana, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2
Formas de participações em eventos extracurriculares sobre a temática da sexualidade humana



Outros eventos foram também apontados como: cursos, elaboração de monografias, atividades do centro acadêmico, rodas de conversa, oficinas, coletivos, participação em projetos de mestrado, semana do orgulho, mesas redondas, grupos de estudos, congressos sobre a temática, eventos com convidados e a elaboração de peças de teatro. Os(as) estudantes citaram que os temas trabalhados nestes encontros se relacionavam à orientação sexual,

incluindo a temática da diversidade sexual, orientação homossexual, bissexual, pansexual e heterossexual e os preconceitos sociais vivenciados por sujeitos identificados com uma sexualidade divergente da heterossexualidade, incluindo questões de homofobia e violência à população LGBTI+.

Além de questões relacionadas à orientação sexual, os(as) alunos(as) citaram que questões envolvendo gêneros, como identidade de gênero e transexualidade foram abordados nestes encontros. Feminismos, o machismo e os direitos da mulher também foram temas explorados nas atividades promovidas no ambiente acadêmico, assim como a interface de políticas públicas com a sexualidade. Todavia, apesar dos(as) alunos(as) apontarem que as ISTs foram trabalhadas, nenhum(a) identificou que questões relacionadas ao ato e comportamento sexual foram abordadas pelo e no ambiente de Ensino Superior, ficando excluído do debate questões relacionadas à saúde sexual, fisiologia sexual, prazer, orgasmo, disfunção sexual, parafilias e comportamentos parafilicos.

Discussão

Ainda que 61,4% dos(as) estudantes tenham apontado que não existe uma disciplina específica sobre gêneros e sexualidades em seu curso de graduação, 75,4% informaram que os temas referentes a sexualidades e gêneros foram abordados no decorrer da formação em Psicologia.

Segundo eles(as), a temática da sexualidade humana foi discutida ao longo da formação acadêmica, algo que é comprovado por meio da análise dos ementários, haja visto que por meio desta análise observou-se que dezoito disciplinas obrigatórias das cinco IES coparticipantes discutiam aspectos da sexualidade em algum momento da formação curricular, sendo elas: Anatomia Humana, Psicanálise II, Psicologia e Processos de Inclusão, Introdução à Psicanálise, Teoria da Psicanálise, Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia Corporal, Psicodrama, Fundamentos da Psicanálise, Pessoas com Necessidades Especiais II, Psicanálise I, Psicanálise III, Psicologia Social e Psicanálise, Neuroanatomofisiologia, Psicologia do

Desenvolvimento, Transtornos do Desenvolvimento e Deficiências, Psicanálise e, por fim, Psicologia Humanista.

Estes dados apontam que disciplinas com bases epistemológicas da psicanálise são as que mais abordam a temática da sexualidade na formação acadêmica de Psicologia, uma vez que 44,4% da abordagem da sexualidade em sala de aula se fez por meio desta corrente teórica.

Contudo, é importante ressaltar que os(as) estudantes informaram que as discussões sobre sexualidades e gêneros também se fizeram presentes em disciplinas como: Psicologia da Saúde, Psicologia Comunitária, Psicologia Social, Psicologia Histórico-cultural. Segundo estes dados, estas disciplinas manifestam uma preocupação na interseccionalidade entre saúde mental, indivíduo, sexualidades, gêneros e aspectos históricos, sociais e culturais. Este fato, da temática ser trabalhada em outras disciplinas não específicas, pode refletir a preocupação do corpo docente em instrumentalizar os(as) estudantes a compreenderem que as questões relacionadas às sexualidades e gêneros são plurais a outros aspectos da vida e fundamentais para o acolhimento ético e humanizado em Psicologia, independente da abordagem teórica ou especialidade técnica.

Outro ponto a ser discutido refere-se à comparação das respostas do questionário com a análise dos ementários, no que se refere a disciplinas obrigatórias sobre sexualidade humana. Constata-se ainda que, atualmente, somente duas das IES coparticipantes oferecem esta disciplina de maneira obrigatória. Essas disciplinas obrigatórias têm periodicidade semestral e são lecionadas nos últimos períodos da graduação. Ambas trabalham com temáticas envolvendo conceitos de sexualidades, gêneros e corpo; diferenciação entre “sexo”, “gênero” e “sexualidade”; história dos estudos de sexualidade humana; direitos sexuais e reprodutivos; sexualidade na contemporaneidade; dinâmicas sociais e culturais em interação com os gêneros e sexualidades.

Por meio da análise dos ementários, percebeu-se uma ênfase na construção histórica, cultural e política da sexualidade, assim como na reflexão sobre a interação entre movimentos sociais

e a normatização da sexualidade e dos gêneros. Os temas relacionados à violência de gênero e contra a mulher, violência doméstica, familiar e políticas públicas direcionadas às mulheres e pessoas LGBTIs também são trabalhados por uma das duas disciplinas obrigatórias de sexualidade, segundo dados obtidos por meio da análise do ementário (Bonato, Mussi, Ferreira et al., 2022).

Apesar dos(as) estudantes terem apontado que houve debates sobre sexualidades e gêneros, não relataram um trabalho específico sobre os transtornos da sexualidade presentes nas Classificações Estatísticas Internacionais de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), produzido pela Organização Mundial de Saúde — OMS, ou, ainda, nos Manuais Diagnósticos e Estatísticos dos Transtornos Mentais (DSM-5 e DSM-5-TR), produzido pela Associação Americana de Psiquiatria — APA.

Os transtornos da sexualidade caracterológicos⁸ são demandas recorrentes em consultas psicológicas (Catelan, 2022), mas que podem ser mal manejadas se o(a) profissional não recebe pelo menos uma formação introdutória sobre a temática. É imprescindível que o(a) psicólogo(a) sinta-se confortável para indagar seus(suas) pacientes sobre estas questões e que possa fazer o encaminhamento para um(a) profissional com especialização nesta área, quando necessário, mas, para isso, é imprescindível que as graduações abordem esta temática (Paiva, 2008).

Para além de conhecer os diagnósticos da sexualidade, este debate é importante para uma melhor compreensão das dinâmicas presentes nos relacionamentos, uma vez que muitas queixas de relacionamentos encobrem disfunções sexuais que são tratáveis com o acompanhamento adequado (Mazer, 2020). Portanto, a abstenção dos cursos em oferecerem disciplinas sobre esta temática acaba se tornando um consentimento para uma prática profissional negligente, em desconformidade com o Código de Ética do Profissional da Psicologia (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005).

Fato esse que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946), a saúde só pode

ser compreendida por uma ótica ampliada, de um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Para alcançá-la, há de se considerar a importância da vida sexual e o conforto com o gênero no bem-estar pessoal, pois, segundo o mesmo órgão, a sexualidade

é um aspecto central sobre a vida do ser humano e engloba sexo, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Sexualidade é experimentada e expressada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Enquanto a sexualidade pode incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre experimentadas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2006, p. 5)

Desta maneira, profissionais que trabalham diretamente com o sofrimento mental devem estar instrumentalizados(as) teoricamente para acolher, identificar e/ou encaminhar pessoas com tais demandas para o atendimento apropriado, a fim de promover a saúde mental e prevenir sofrimento psicológico, assim como dispõe o Código de Ética do Profissional da Psicologia (CFP, 2005).

Ainda sobre dados obtidos pelo questionário, conforme apontado pelos(as) estudantes, as informações recebidas na graduação sobre a temática estão muito limitadas aos eventos extracurriculares, o que não alcança toda a população de graduandos(as), visto que 42% da amostra afirmou não ter participado de nenhum evento similar, além de se limitar a um formato que diminui a participação dos(as) alunos(as) para que possam interagir e tirar dúvidas.

Muitas das atividades extracurriculares são realizadas em período distinto da grade regular, o que impede que estudantes que trabalham, ou estagiam, em período distinto ao que cursam a Universidade, possam estar presentes nestes eventos. Ademais, é importantíssimo refletir e apontar que se metade

⁸ Para o entendimento dos transtornos da sexualidade nos manuais DSM-5-TR e CID-11, ver Bonato e Baccarim (2023).

destes eventos são organizados pelos(as) próprios(as) discentes, como informado nos questionários, há uma demanda para este aprofundamento teórico por parte dos(as) estudantes que não tem sido acolhida pela grade curricular de maneira obrigatória e/ou optativa.

Os(as/es) estudantes apontaram que a atividade de iniciação científica e o desenvolvimento de pesquisas também os(as/es) aproximaram do estudo da sexualidade humana, o que aponta que essa modalidade de ensino e aprendizagem pode ser mais utilizada no espaço das IEs para o trabalho, pesquisa e estudo de temas que envolvam questões de gêneros e sexualidade, seja na presença ou ausência do oferecimento de disciplinas obrigatórias ou optativas sobre estas temáticas, não só para favorecer a aproximação com esses conteúdos, mas como forma de produzir conhecimento científico.

Outro ponto a ser levantado é o fato de que uma das IES coparticipantes, particular, não disponibiliza, por meio de matéria obrigatória e/ou optativa, o estudo sobre gêneros e sexualidades aos(às) estudantes de Psicologia, mas o faz por meio de uma Pós-graduação específica em Sexualidade e Educação Sexual, o que se torna contraditório, pois, como um conhecimento tão fundamental para a formação ética do(a) profissional de Psicologia é negado ao curso de Psicologia da referida IES, mas o faz por meio de uma Pós-graduação paga?

Por fim, é importante considerar que as ênfases curriculares apontam que as discussões e conhecimentos oferecidos pelas instituições universitárias não devem se restringir somente ao ambiente de sala de aula (*Resolução nº 5, 2011*). Quando se fala sobre sexualidade humana, está sendo discutido sobre a subjetividade individual e social (Quevedo, 2017), o que abarca inúmeras possibilidades de discussões que podem ultrapassar esse momento de transmissão de saber em sala de aula, como, por exemplo, por meio das atividades extracurriculares, expostas acima, e dos estágios.

Sobre isso, é importante pontuar que aqueles(as) que responderam ao questionário não trouxeram nenhuma informação sobre estágios voltados à sexualidade humana, sendo que esta poderia ser uma maneira de as IES suprirem a lacuna

na formação profissional, instrumentalizando, então, os(as) futuros(as) profissionais da Psicologia diante das demandas envolvendo gêneros e sexualidades, para que, em sua prática profissional, possam exercer a profissão seguindo as disposições do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005).

Considerações Finais

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, pela Resolução nº 5/2011, expedida pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, do Ministério da Educação, é necessário que estes cursos ofereçam um núcleo comum de formação e estabeleçam uma base hegemônica de conteúdo e conhecimento em todo o território brasileiro, de maneira a capacitar, de forma básica, os(as) estudantes de Psicologia diante de todos os conteúdos que formam essa ciência (*Resolução nº 5, 2011*). O artigo 8º da referida Resolução afirma que as graduações devem garantir ao(à) profissional em formação um domínio básico de conhecimentos psicológicos que capacite-o(a) de utilizá-los em diferentes contextos envolvendo a investigação, a análise, a avaliação, a prevenção e atuação profissional em processos psicológicos e psicossociais, assim como na promoção da qualidade de vida. Entretanto, o que a pesquisa em tela conclui é que esta formação não está sendo realizada por meio de disciplinas específicas sobre gêneros e sexualidades nos cursos de graduação em Psicologia da região de Curitiba, mas, sim, por meio de atividades extracurriculares de responsabilidade, idealização, planejamento e execução do corpo discente e docente, o que nem sempre faz com que os(as) estudantes de Psicologia se deparem, conheçam, aprendam e se instrumentalizem sobre aspectos que formam essa temática.

Faz-se esta afirmação porque, segundo os dados obtidos por meio da aplicação do questionário *on-line*, somente duas IES coparticipantes oferecem uma disciplina obrigatória sobre a temática da sexualidade humana. Ambas as disciplinas têm periodicidade semestral e trabalham a temática a partir da relação histórica, social, cultural e política

da sexualidade. Estas duas disciplinas obrigatórias trabalham a sexualidade a partir de conceitos de sexualidade, gênero e corpo; diferenciação entre “sexo”, “gênero” e “sexualidade”; história dos estudos de sexualidade humana; direitos sexuais e reprodutivos; sexualidade na contemporaneidade; dinâmicas sociais e culturais em interação com os gêneros e sexualidades; temas relacionados à violência de gênero e contra a mulher; violência doméstica, familiar e políticas públicas direcionadas às mulheres e pessoas LGBTIs.

Em torno de 75% dos(as) estudantes apontam que os temas referentes a sexualidade e gêneros foram abordados de maneira pontual e insuficiente no decorrer da formação acadêmica, mas é importante observar que quase 44% deste trabalho foi feito com base em conhecimentos da teoria psicanalítica. Os(as) estudantes informaram que as discussões sobre sexualidade também se fizeram presentes em disciplinas relacionadas à Psicologia Social, o que denota que as disciplinas que utilizam desta base epistemológica manifestam uma preocupação na interseccionalidade entre saúde, indivíduo, sexualidades e gêneros em uma perspectiva histórica, social e cultural.

Temas envolvendo a sexualidade humana também são abordados por distintas disciplinas como: Psicologia da Saúde, Psicanálise, Psicologia Comunitária, Anatomia Humana, Psicologia Social, Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia Histórico Cultural, Psicodrama, entre outras. Contudo, faz-se importantíssimo perceber que questões sobre função e disfunção sexual, saúde sexual, fisiologia sexual, prazer, orgasmo, assim como parafilias e comportamentos parafilicos não foram abordados em nenhum momento da formação acadêmica/profissional.

Estes dados apontam para um sério prejuízo à formação do(a) futuro(a) psicólogo(a) da região de Curitiba, pois há um espaço escasso que fomenta debates e aprofundamento teórico e prático diante das demandas da sexualidade humana, em detrimento de um desejo e interesse dos(as) estudantes sobre esta temática e uma necessidade de formação acadêmica diante de aspectos que a constituem.

Como visto, a temática é trabalhada por meio de outros recursos pedagógicos distintos da sala de aula, como projetos de pesquisa, extensão, elaboração de monografias, atividades do centro acadêmico, rodas de conversa, oficinas, coletivos, participação em projetos de mestrado, Semana do Orgulho, mesas redondas, grupos de estudos, congressos sobre a temática, eventos com convidados e a elaboração de peças de teatro. Esta lacuna fere as diretrizes que o Conselho Federal de Psicologia emitiu como contribuições ao Ministério do Trabalho no documento intitulado “Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil”, emitido no ano de 1992, uma vez que neste documento o CFP explica que o(a/e) psicólogo(a/e) brasileiro(a) pode atuar “no âmbito da educação, saúde, lazer, trabalho, segurança, justiça, comunidades e comunicação com o objetivo de promover, em seu trabalho, o respeito à dignidade e integridade do ser humano” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 1992, p. 1).

Conforme apontam Goulart et al. (2019, p. 7, tradução nossa⁹) “As práticas educativas orientadas para o desenvolvimento subjetivo estimulam a possibilidade da emergência de indivíduos como sujeitos nas diferentes práticas humanas”. Entretanto, desconhecendo aspectos da sexualidade humana e não tendo espaço regular na formação acadêmica/profissional, estudantes de Psicologia não serão corretamente instrumentalizados(as) para a atuação profissional ética de demandas relacionadas ao tema, não compreendendo quais são os fenômenos psicológicos (individuais, relacionais e sociais) que colaboraram, ou não, para a saúde sexual, impedindo, ainda, a confrontação com antigos “pré-conceitos” que podem atrapalhar no acolhimento em Psicologia, assim como proporcionando um momento fundamental para a eliminação de dúvidas e de assimilação de modos de intervenção frente ao sofrimento humano.

Por fim, este levantamento de dados aponta a necessidade de uma pesquisa mais ampla, com a participação de diversas IES de outros estados, que possa aprofundar a compreensão sobre a perspectiva dos(as) estudantes quanto à formação em Psicologia

⁹ “Las prácticas educativas orientadas al desarrollo subjetivo estimulan posibilidades para la emergencia de los individuos como sujetos en las diferentes prácticas humanas”.

no que tange a preparação para o trabalho com demandas da sexualidade.

Atualmente, a sexologia tem estado mais aparente não só como um campo de especialização e trabalho clínico, mas também como imprescindível para uma compreensão da saúde mental de maneira ampla, com suas determinantes sociais e interpessoais. Por entendermos que não há como destacar uma atuação comprometida com a ética profissional a uma formação ampliada que seja capaz de fornecer ferramentas básicas para o trabalho clínico (Baccarim & Tagliamento, 2020) é que se faz urgente não só a implementação de disciplinas que abordem as questões de sexualidade, sexo, disfunções sexuais, orientações sexuais, identidades de gêneros, movimentos sociais identitários para pessoas LGBTQIAP+, como a continuação e a valorização de eventos extraclasse que abordem estas questões e convidem pessoas da comunidade para que possam ser protagonistas no ambiente acadêmico.

Referências

- Associação Americana de Psiquiatria. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5-TR* (5a ed., rev.). Artmed. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.). Artmed. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Baccarim, R. C. G., & Tagliamento, G. (2020). Acesso de pessoas trans à saúde: uma análise das práticas de profissionais. *Psicologia Argumento*, 38(102), 604-625. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.38.102.AO01>
- Bonato, F. R. C. (2019). *A formação científica sobre sexualidade nos cursos de graduação em psicologia da região de Curitiba*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná]. <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/61911/R%20-%20D%20-%20FERNANDA%20RAFAELA%20CABRAL%20BONATO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bonato, F., Mussi, A., & Ferrarini, N. (2022). Oficinas sobre sexualidade: uma possibilidade para suprir lacunas na formação em Psicologia? In G. M. Polli, & G. Tagliamento (Orgs.), *Pesquisa e prática na formação em Psicologia: graduação e pós-graduação* (pp. 129-150). Juruá.
- Bonato, F., Mussi, A., Ferreira, J. M., & Ferrarini, N. (2022). O que a análise dos ementários e matrizes curriculares de cursos de graduação em Psicologia nos diz sobre a formação de psicólogas(os) diante da sexualidade humana? In W. L. Paranhos (Org.), *Gêneros, sexualidades e performatividades: perspectivas contemporâneas* (pp. 91-104). Bagai.
- Bonato, F. R. C., & Baccarim, R. C. G. (2023). Sexualidades e gêneros em retrospecto: um olhar sobre o estudo e desenvolvimento dos critérios diagnósticos no DSM-5-tr e CID-11. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(8), 12643-12667. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.8-221>

- Borges, L. S., Canuto, A. A. A., Oliveira, D. P., & Vaz, R. P. (2013). Abordagens de gênero e sexualidade na Psicologia: revendo conceitos, repensando práticas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 730-745. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300016>
- Catelan, R. F. (2022). *O que você precisa saber sobre disfunções sexuais e tem medo de perguntar*. Sinopsys.
- Conselho Federal de Psicologia. (1992). *Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil*. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Ano de formação em Psicologia 2018: revisão das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Psicologia*. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/cartilha-Ano-da-Forma%C3%A7%C3%A3o-em-Psicologia.pdf>
- Gonzalez Rey, F. L. (2001). A pesquisa e o tema da subjetividade em educação. *Psicol. da Ed.*, 13, 9-15. Recuperado de http://www.fernandogonzalezrey.com/images/PDFs/producao_biblio/fernando/artigos/educacao_e_subjetividade/A_pesquisa_e_o_tema_da_subjetividade.pdf
- Goulart, D. M., Gonzalez Rey, F., & Torres, J. F. P. (2019). El estudio de la subjtividad de profesionales de la salud mental: una experiencia en Brasilia. *Athenea digital*, 19(3), 1-21. Recuperado de https://atheneadigital.net/article/view/v19-3-goulart-gonzalez-pati%C3%B1o/2548-pdf-es?fbclid=IwAROGmw1WCj-h6PfNOya84jUcdoPo8J-QetD3-WvbBzSHwhQr_u34mfrLi7s
- Mazer, T. Z. (2020). Infidelidade: impasses e impactos na prática clínica — memória, reflexões e integrações. In D. Bertoncello, A. S. A. Cunha, & T. Z. Mazer (Orgs.), *Infidelidade conjugal e processos de apego* (pp. 19-40). Artesã.
- Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. WHO. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *ICD-11 Reference Guide*. Recuperado de <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>
- Paiva, V. (2008). A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em estudo*, 13(4), 641-651. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122111002>
- Quevedo, J. E. M. (2017). *Educación, diversidad sexual y subjetividad: una aproximación cultural-histórica a la educacion sexual escolar em Cali-Colombia*. [Tese de Doutorado, Universidade de Brasília]. http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23565/1/2017_JorgeEduardoMoncayoQuevedo.pdf
- Resolução nº 5, de 15 de março de 2011. (2011). Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Conselho Nacional de Educação, http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces005_11.pdf
- Resolução nº 8, de 07 de maio de 2004. (2004). Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Câmara Nacional da Educação, http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf
- Senem, C. J. (2015). *Formação e sexualidade: um estudo a partir dos relatos dos estudantes de diferentes cursos de psicologia*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho]. <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/126411/000841093.pdf?sequence=1>
- Sposito, S. E. (2015). *Homossexualidades nas pesquisas em pós-graduação em psicologia: da despatologização à luta por direitos*. [Tese Doutorado, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho]. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/136106>

Inteligência Emocional e Rendimento Acadêmico: um Estudo com os Estudantes de Psicologia do Instituto Superior Politécnico do Bié

Vumbi Henrique Elavoco Quarta¹ e Amândio Jamba Pedro da Fonseca²

Instituto Superior Politécnico Ndunduma, Cuito, Bié, Angola

Instituto Superior Politécnico do Bié, Cuito, Bié, Angola

Resumo: As habilidades de inteligência emocional (IE) na aprendizagem dos estudantes universitários melhoram o seu rendimento acadêmico (RA), adaptação no centro educativo, autoestima, habilidades sociais, o que contribui para sua saúde física mental e desenvolve sua capacidade de tomada de decisões, entre outros. O objetivo do presente artigo foi analisar a relação entre a IE e o RA dos estudantes do curso de Psicologia. O estudo obedeceu a abordagem quantitativa, com desenho não experimental, transversal do tipo descritivo-comparativo. Para a colheita de dados, utilizou-se o instrumento TMMS-24 baseado em Trait Meta-Mood Scale, constituído por 24 itens avaliados através de uma escala tipo Likert com cinco pontos desde o “discordo totalmente” (1) até “concordo plenamente” (5), contém três dimensões principais da inteligência emocional com oito itens cada: atenção emocional, clareza de sentimentos e reparação emocional. Os resultados mostraram que os estudantes de ambos os sexos apresentam níveis adequados “considerados intermédios” de inteligência emocional. Deste modo, há necessidade de potencializar os estudantes com recursos de enfrentamento das próprias emoções e de outrem. A IE, embora não determinante no RA, considera outros elementos de influência desta variável de incidência de maior ou menor grau. Conclui-se que existe uma correlação positiva significativamente alta entre a IE e o RA através da correção de Pearson.

Palavras-chave: inteligência emocional, rendimento acadêmico, estudantes

Emotional Intelligence and Academic Performance: A Study with Psychology Students from the Bié Higher Polytechnic Institute

Abstract: Emotional intelligence (EI) skills in university students' learning improve their academic performance (AR), adaptation in the educational center, self-esteem, social skills, which contributes to their mental physical health and develops their ability to make decisions between others. The purpose of this article was to analyze the relationship between emotional intelligence and academic performance (AR) of Psychology students. The study followed a quantitative approach, with a non-experimental, cross-sectional descriptive-comparative design. For data collection, the TMMS-24 instrument was used based on the Trait Meta-Mood Scale, consisting of 24 items evaluated using a Likert-type scale with 5 points from “totally disagree” (1) to “totally agree” (5), contains three main dimensions of emotional intelligence with 8 items each: emotional attention, clarity of feelings and emotional repair. The results showed that students of both sexes have adequate levels “considered intermediate” of emotional intelligence. Thus, there is a need to empower students with resources to cope with their own emotions and those of others. The EI, although not determinant in the AR, other elements of influence of this variable of incidence of greater or lesser degree are considered. It is concluded that there is a significantly high positive correlation between EI and RE through Pearson's correction.

Keywords: emotional intelligence, academic performance, students

1 Mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde. Pós-graduado em Psicopedagogia. Licenciado em Ciência Pedagógica na especialidade de Educação Pré-escolar e em Psicologia Clínica. Professor do Instituto Superior Politécnico Ndunduma e da Escola de Magistério, Cândida Celeste do Cuito, Bié, Angola. *E-mail:* vumbi7@icloud.com

2 Mestre em Necessidades Educativas Especiais. Licenciado em Ciência Pedagógica na especialidade de Psicologia da Educação. Docente e Investigador do Departamento de Psicologia Instituto Superior Politécnico do Bié, Angola. *E-mail:* amandiojamba@gmail.com

Submetido em: 11/07/2023. Primeira decisão editorial: 28/08/2023. Aceito em: 09/10/2023.

Introdução

O conceito de inteligência tem fomentado discussões ao longo dos séculos diante de debates sobre as múltiplas inteligências. A intersecção entre os conceitos de inteligência e emoção deu origem à Inteligência Emocional (IE). De outro modo, é na verdade uma conceção entre o emocional e como este interfere em outros processos psicológicos como o pensamento, atenção, percepção e imaginação e memória.

A IE é uma área de investigação recente, que de um modo geral pretende incluir no campo da inteligência as questões relacionadas com as emoções (Franco & Nóbrega, 2017). Estas questões têm sido, em muitos casos, o ponto de partida para muitas instigações em varias áreas, como nos casos: como a IE interfere nas relações trabalhistas, no desempenho das funções, eficiência e eficácia dos trabalhos, nas relações familiares e de casais até mesmo de amizade, no tratamento de doenças, promoção e prevenção da saúde, nos contextos acadêmico de níveis superiores e não só.

Os estudos de IE surgem com o conceito de inteligência social, introduzida por Thorndike (como citado por Fernández et al., 2015). No entanto, o termo Inteligência Emocional já vem sendo comentado desde 1985 pelo estudante de doutorado Wayner Payne, numa perspectiva filosófica (Silva & Silva, 2018).

Desde o ponto de vista conceitual, a inteligência emocional constitui a habilidade para compreender e dirigir os homens a atuar sabiamente nas relações humanas (Salovey & Mayer, 1990). Os mesmos autores definiram a IE como a habilidade de perceber seus próprios sentimentos e emoções, bem como os sentimentos e emoções dos outros, de distingui-las e de utilizar essas informações como orientação para suas ações e seus pensamentos. Goleman (1995) a define como a capacidade de reconhecer, compreender os sentimentos próprios, assim como de outrem, e adaptá-los em função do contexto. Assim, não tem sido fácil constituir uma definição geral de carácter consensual de IE. Dentre várias, conservam-se categorias como: capacidade e compreensão mentais, necessidade de adaptação, modificação e contextualização (Patrícia et al., 2013).

Atualmente, na versão mais recente deste modelo de IE, ela é compreendida como a capacidade cognitiva do indivíduo de perceber emoções, de acessá-las e gerá-las de forma a ajudar os processos de pensamento, a capacidade de compreender a emoção e conhecê-la, e a capacidade de regular as emoções para promover o crescimento emocional e intelectual, sendo conhecido como modelo de Habilidades de IE (Mayer et al., 2016).

Segundo Pacheco e Fernández-Berrocal (2003), após o sucesso do best-seller de Goleman (1995), *A inteligência emocional (IE)*, estava em livros, em revistas, em jornais, tornando-se uma moda (Sousa, 2010). A partir destas publicações, se tornou mais popularizado o assunto sobre IE, motivando muitos estudiosos a realizar estudos e pesquisas que fundamentavam a IE em: sua neurologia, sua relação com outros processos psíquicos, sociais e até mesmo acadêmicos.

Assim, considerando a pesquisa, utilizaram-se as classificações dos modelos de IE do artigo de Wittmer e Hopkins (2018), os modelos de traço, misto e competência.

O modelo de traços de IE (Petrides, 2010; Petrides et al., 2007), que é uma composição de autopercepções emocionais intimamente associadas à personalidade do indivíduo e é composto por quatro elementos ou fatores principais: bem-estar, sociabilidade, autocontrole e emocionalidade.

No modelo Misto (Bar-On, 1997) assim chamado, por compreender a IE e a Inteligência Social como sendo um mesmo constructo e por incluir outros constructos como motivação, a IE é compreendida como a habilidade da pessoa de se adaptar às demandas sociais e emocionais do ambiente, abrangendo os fatores de autopercepção, autoexpressão, habilidades interpessoais, tomada de decisão e gerenciamento de estresse. De acordo com Goleman (1995), o modelo misto faz referência à noção de capacidade no processamento e no uso de informação emocional, combinam estas capacidades com outros traços e características, como o otimismo e a motivação. Alguns autores consideram que os modelos mistos são relevantes na medida em que reconhecem que a emoção é afetada por múltiplos aspectos da personalidade (Goldenberg et al., 2006).

O modelo de Competências (Boyatzis & Goleman, 2002; 2014; Boyatzis et al., 2000), que compreende a IE como a capacidade de reconhecimento, motivação e gerenciamento dos próprios sentimentos e dos outros, foi criado para ser mais voltado ao ambiente de trabalho e é formado pelas habilidades de autoconsciência, autogerenciamento, consciência social e gestão de relacionamentos.

Porém, observou-se que a eficácia dos programas de IE depende em grande parte do quadro conceptual em que se baseiam (Hodzic et al., 2018). Neste sentido, observou-se que as intervenções desenhadas a partir de modelos de competências apresentam melhores resultados do que aquelas desenhadas a partir de modelos mistos, sendo a possibilidade de desenvolvimento da IE inerente aos próprios modelos de competências (Hodzic et al., 2018).

Para Fonseca e González (2020), a IE nos últimos tempos tem sido vista como recurso imprescindível para o processo de ensino e aprendizagem, dado que constitui um preditor do rendimento acadêmico (RA). Porém nosso estudo, que é caracterizado pela junção do descritivo-correlacional, pode comprovar como a IE tem influenciado no RA dos estudantes do nível superior.

Para Munhoz (2004), o RA pode ser definido como o retorno obtido do desempenho das tarefas acadêmicas, que representa o nível de desempenho envolvendo a dimensão da ação e o rendimento é o resultado de sua avaliação (Borges et al., 2018). Contudo, é definido também como um conjunto de habilidades, práticas, ideias, anseios, interesses, expectativas e realizações que o estudante aplica no processo de aprendizagem (Arias, 2018). Embora as duas definições tratem de um mesmo assunto, aqui, podemos notar que a primeira está virada para a função avaliativa do tipo quantitativo em atribuir uma nota e analisá-la em função de valores pré-estabelecidos. Já a segunda nos remete a uma concepção do tipo qualitativo considerando a subjetividade ou particularidades do estudante.

Assim sendo, no Ensino Superior, o RA, além de significar a promoção do aluno nas disciplinas ou períodos, representa a aquisição de conhecimentos, competências e habilidades profissionais (Casiraghi et al., 2020), sendo estas não mensuráveis com a

simples prática de atribuição de notas. Em nosso ver, remete-nos sensivelmente aos saberes práticos (*praxis*), aplicação de conhecimentos e competências, mudanças de atitudes exigidas nas atividades ao futuro profissional.

Com respeito às variáveis, são raras as pesquisas sobre os fatores determinantes do rendimento dos estudantes no Ensino Superior (Bertolin & Marcon, 2015). O maior impacto no rendimento advém do contexto familiar, social, econômico e cultural dos estudantes (Casiraghi et al., 2020). Estes, em uma perspectiva positiva, deverão ser vistos como variáveis cuja influência potencializa os estudantes na melhoria dos resultados acadêmicos. Já na perspectiva negativa, são fatores que levam ao absentismo e abandono escolar, baixo nível de profissionalização e baixo RA.

Alves (2015) traz uma variedade de fatores que determinam o RA, fazendo uma revisão bibliográfica em vários autores e artigos e apresenta a variável sociofamiliar. Aqui, a família é o lugar que transforma a vida do seu membro de forma qualitativa, propiciando um desenvolvimento pleno que garante a adaptabilidade do estudante no contexto escolar e universitário. Para além deste, propõem-se outras variáveis como: a formação acadêmica e profissional do aluno e do professor; a infraestrutura escolar; a organização escolar; variáveis demográficas e acadêmicas; uso do tempo; e variáveis comportamentais (Miranda et al., 2013). Destas variáveis, consideram-se as experiências acadêmicas anteriores dos estudantes assim como o nível de preparação dos professores como sendo os principais protagonistas do processo docente educativo, as condições, a dinâmica e cultura escolar, o ambiente social onde está disposta a infraestrutura escolar assim como a subjetividade do próprio estudante, suas motivações, interesses, valores, entre outros elementos dinâmicos da personalidade.

Mayer e seus colaboradores (2004) realizaram diversos estudos relativos ao papel da IE, verificaram que de fato há uma relação significativa com o sucesso acadêmico e profissional. O sucesso escolar está claramente associado a algumas variáveis de IE (Franco & Nóbrega, 2017). Existem variedades de variáveis ou

indicadores que podem ser usados para estudar a IE, mas em nosso estudo em função do instrumento aplicado (TMMS-24), temos os seguintes indicadores: atenção emocional (AC); clareza de sentimentos (CS) e reparação emocional (RE).

No âmbito da IE, a análise do papel desempenhado pelas emoções no contexto educacional constitui-se como uma das linhas de investigação que tem gerado mais interesse nos últimos anos (Morales & López-Zafra, 2009). Aqui destaca-se de forma aprofundada a atenção que tem merecido a influência da IE no RA.

Barchard (2003) analisou o impacto da IE no desempenho acadêmico numa amostra de 150 alunos do Ensino Superior, tendo encontrado associação entre o sucesso acadêmico e a IE. Assim, propõe-se que os estudantes com desempenhos acadêmicos superiores são detentores de níveis superiores de IE (Rego & Fernandes, 2005).

Por outro lado, Charron et al. (2013) afirmam que a falta de IE pode traduzir-se numa falta de curiosidade, de confiança, de cooperação, domínio, o que se traduz no baixo RA notabilizado pelos estudantes universitários. Porém, é necessário que os estudantes do nível superior possuam atitudes como curiosidade, confiança, cooperação e domínio, para garantir as competências de pesquisadores, profissionais comprometidos, seguros em si, em seus conhecimentos, de fácil trato colaborativo e participativo.

O presente artigo foi orientado em analisar a relação entre a IE e o RA dos estudantes do curso de Psicologia do Instituto Superior Politécnico do Bié de forma geral. De maneira específica, procuramos: descrever os níveis de IE; estabelecer a relação entre a IE e o RA; e determinar a existência da correlação entre IE e o RA dos estudantes do curso de Psicologia.

Metodologia

A investigação obedeceu o enfoque quantitativo. Tomando como referência os autores Hernández-Sampieri & Torres (2018), aqui medem-se os fenômenos e se realizam análises estatísticas, com um processo sequencial, dedutivo, e a análise da realidade objetiva. Portanto, analisaram-se as variáveis (IE e RA)

utilizando a estatística para apresentar tabelas, assim como seus resultados obtidos.

O desenho do estudo é não experimental, de corte transversal, dado que o fenômeno selecionado como objeto de estudo foi observado nas suas condições naturais e em um único momento de tempo (Hernández-Sampieri & Torres, 2018).

Tratou-se de um estudo descritivo-correlacional, uma vez que descreveram-se quais são os elementos característicos da amostra selecionada como foco da pesquisa. Assim como correlacionou a IE e o RA dos estudantes do curso de Psicologia do Instituto Superior Politécnico do Bié. Além disso, o fenômeno selecionado como objeto de estudo é observado em um único momento de tempo (Hernández-Sampieri & Torres, 2018).

Participantes

Foram selecionados 45 estudantes matriculados no curso de Psicologia no segundo semestre do ano letivo 2020/2021 no Instituto Superior Politécnico do Bié, nos dois períodos, entre os quais 19 mulheres (42,22 %) e 26 homens (57,78 %), na faixa etária dos 20 aos 62 anos de idade (ver Tabela 1). O critério de amostragem foi o não probabilístico acidental, visto que foram selecionados os estudantes que aparecem na semana após as segundas provas parcelares (Cossio-Bolaños, 2015). Foram considerados os seguintes critérios:

De inclusão:

- Estudantes matriculados para o segundo semestre no Instituto Superior Politécnico do Bié que pertençam ao curso de Psicologia;
- Estudantes que decidam participar voluntariamente na investigação por meio da assinatura do consentimento informado.

De exclusão:

- Estudantes que não apresentarem disponibilidade para participar na investigação;
- Estudantes que não tenham efetuado matrículas para o segundo semestre de 2020/2021.

Tabela 1

Caracterização do grupo.

Variáveis Sociodemográficas		Fi	%
Sexo	Homens	26	57,78
	Mulheres	19	42,22
Idade	20 a 25 anos	22	48,89
	26 a 32 anos	23	51,11
Ano de frequência	2º Ano	20	44,44
	3º Ano	9	20
	4º Ano	14	31,12
	5º Ano	2	4,44
Período	Regular	26	56,12
	Pós-laboral	19	43,88

Instrumentos

Para a recolha dos dados, foi aplicada a versão adaptada para o Português da *Trait Meta-Mood Scale-24* (TMMS-24) do grupo de investigadores de Queirós et al. (2005), foi traduzido e validado para a população de Portugal, em uma amostra de 240 portugueses entre estudantes universitários e idosos, atingiu um Alfa de Crombach de 0,85. A versão é formada por 24 itens avaliados através de uma escala tipo Likert com cinco pontos que vai desde o “discordo totalmente” (1) até “concordo plenamente” (5). Especificamente, os itens representam as habilidades com as quais podemos estar conscientes de nossas próprias emoções, bem como nossa capacidade de regulá-las. O TMMS-24 contém três dimensões principais da IE com oito itens cada: atenção emocional; clareza de sentimentos e reparação emocional. Para a sua adaptação no contexto angolano, realizou-se a validade de conteúdo, para tal, utilizou-se o critério de expertos. Para determinar o coeficiente de concordância entre estes, aplicou-se a prova V de Aiken, através da seguinte fórmula: $V = S/n (c-1)$, encontrou-se uma correlação positiva de 0,76.

O RA foi obtido mediante as médias gerais do primeiro semestre do ano letivo 2020/2021. Na análise dos dados, foram utilizadas as planilhas do Excel 2016 e o Statistical Package for Social Sciences (SPSS-24.0), para obter as medidas de tendência

central e variabilidade média (M), desvio padrão (DP), frequência (Fi) e percentagem (%). Foi utilizada a prova de correlação de Pearson para analisar a correlação entre a IE e o RA.

Se entende por variável a uma propriedade que se pode variar e cuja a variação é suscetível de medir-se e observar (Hernández-Sampieri & Torres, 2018). Para a presente investigação, as variáveis de estudos são a IE e o RA.

Tabela 2

Pontuação da escala TMMS-24.

Indicadores	Homens	Mulheres	Análises
	Pontuações	Pontuações	
Atenção Emocional	<21	<24	Baixa
	22 a 32	25 a 35	Adequada
	>33	>36	Excelente
Clareza de Sentimento	<25	<23	Baixa
	26 a 35	24 a 34	Adequada
	>36	>35	Excelente
Regulação Emocional	<23	<23	Baixa
	24 a 35	24 a 34	Adequada
	>36	>35	Excelente

Nota. Fonte: Recuperado de “Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale”, de M. M. Queirós, P. Fernández-Berrocal, N. Extremera, J. M. C. Carral, & P. S. Queirós, 2005.

Cada um destes indicadores da Tabela 2 conta com oito itens dentro do instrumento. Cada indicador conta com uma pontuação máxima de 40 pontos dos três níveis de desenvolvimento (baixo, adequado e excelente) e se definem de acordo com o fator e com o sexo, pois existem diferenças nas pontuações para cada um deles (Rendón, 2019). São apresentados os indicadores e suas análises por gênero onde são consideradas a atenção emocional (AE), a clareza de sentimentos (CS), e a regulação emocional (RE). AE menor que 21 (<21) como baixas para os homens, e menor que 24 (<24) como baixos em mulheres, em uma escala de 22 a 32 em homens, e 25 a 35 em mulheres são consideradas adequadas, maiores que 33 em homens e maiores que 35 em mulheres considera-se excelente. A CS quando apresentada

uma escala de <25 em homens e <23 em mulheres considera-se baixa, de 26 a 35 em homens e 24 a 34 em mulheres são adequadas, e >36 em homens e >35 em mulheres estão em uma escala excelente. Quanto a RE, as escalas correspondentes a <23 nos dois gêneros são consideradas baixas, de 24 a 35 em homens e de 24 a 34 em mulheres são adequadas, já >36 em homens e >35 em mulheres são consideradas excelente. Desta forma, estes indicadores e suas constantes foram usadas para aferir o nível de inteligência emocional dos estudantes como uma das variáveis deste estudo, podendo ser analisada entre baixa, adequada (moderada) e excelente.

De outro lado, as médias do semestre concluído do presente ano letivo (2020/2021) se constituem como indicadores quantitativos para avaliar o RA, que deve ser relacionado com uma escala qualitativa.

Resultados

Na análise da variável IE se considerou um nível de mediação por intervalo, que se agrupa em três categorias: atenção emocional (AC), clareza de sentimentos (CS) e reparação emocional (RE).

Tabela 3

Nível de inteligência emocional segundo a idade.

Indicador	20 - 25			26 - 32		
	M	DP	CV	M	DP	CV
Atenção Emocional	30,64	5,02	16,38	29,83	8,52	28,57
Clareza de Sentimento	28,36	6,99	24,66	29,26	8,76	29,94
Reparação Emocional	32,05	5,88	18,33	32,96	8,34	25,31
Total	91,05	13,33	14,64	92	23,14	25,14

Nota. M = média; DP = desvio padrão; CV = coeficiente de variação.

Na análise da variável inteligência emocional, na categoria da idade, dividiu-se em dois grupos (20-25 e 26-32), quanto aos indicadores AE, os dados ilustram que os estudantes com 20 a 25 anos, seus resultados que, de acordo a escala de TMMS-24 apresentam um nível adequado de atenção emocional considerado moderado. No indicador CS, os estudantes das idades em análise, os referentes resultados apontam para um nível adequado. Quanto aos indicadores RE, as idades de 20 a 25, e os de 26 a 32 anos de idade com base aos valores apresentados na tabela demonstram uma pontuação adequada (moderados).

Tabela 4

Nível de inteligência emocional segundo o sexo.

Indicador	Masculino			Feminino		
	M	DP	CV	M	DP	CV
Atenção Emocional	30,69	5,41	17,62	31,42	5,16	16,41
Clareza de Sentimento	29,58	6,76	22,85	29,74	6,62	22,25
Reparação Emocional	33,92	4,19	12,36	32,47	6,36	19,59
Total	94,19	11,80	12,53	93,63	14,28	15,25

Nota. M = média; DP = desvio padrão; CV = coeficiente de variação.

Segundo o sexo, os níveis de AE no gênero masculino e no gênero feminino, mesmo apresentando diferentes valores, consideram-se adequados. Referente à CS, os resultados são considerados adequados para os dois gêneros. A RE no gênero masculino e no feminino tem os resultados adequados.

Tabela 5

Nível de inteligência emocional quanto ao ano de frequência.

Ano de Frequência	Segundo Ano			Quarto Ano			
	M	DP	CV	M	DP	CV	
Atenção Emocional	30,60	5,03	16,44	Atenção Emocional	30,57	5,84	19,12
Clareza de Sentimento	30,90	5,87	18,98	Clareza de Sentimento	30,57	6,60	21,57
Reparação Emocional	33,65	5,26	15,64	Reparação Emocional	34,71	4,98	14,36
Total	95,15	10,28	10,80	Total	97,29	12,75	13,11

Ano de Frequência	Terceiro Ano			Quinto Ano			
	M	DP	CV	M	DP	CV	
Atenção Emocional	30,22	5,42	17,95	Atenção Emocional	31,50	0,71	2,24
Clareza de Sentimento	25,89	6,70	25,88	Clareza de Sentimento	27,50	7,78	28,28
Reparação Emocional	30,67	4,58	14,94	Reparação Emocional	32,00	7,07	22,10
Total	86,78	13,25	15,27	Total	91,00	14,14	15,54

Nota. M = média; DP = desvio padrão; CV = coeficiente de variação.

De acordo ao ano de frequência, trabalhou-se com segundo, terceiro, quarto e quinto ano. No segundo e no quarto ano de frequência na AE, CS, RE, os resultados são considerados adequados. Já no terceiro e quinto ano, AE, CS e RE têm seus resultados considerados como adequados.

Tabela 6

Níveis de inteligência emocional segundo o período de estudo.

Indicador	Regular			Pós-Laboral		
	M	DP	CV	M	DP	CV
Atenção Emocional	30,23	5,23	17,28	32,05	5,25	16,39
Clareza de Sentimento	28,85	6,79	23,53	30,74	6,41	20,86
Reparação Emocional	32,27	5,31	16,46	34,74	4,83	13,90
Total	91,35	13,10	14,34	97,53	11,65	11,94

Nota. M = média; DP = desvio padrão; CV = coeficiente de variação.

Por último, analisou-se de acordo com o período (regular e pós-laboral). Os dados referentes ao indicador da AE, CS e RE nos estudantes do período regular, a média, o desvio padrão e o coeficiente de variação apresentam dados considerados adequados. Os estudantes do período pós-laboral têm os dados considerados com níveis adequados, embora com variações acima do período em comparação.

Por fim, ilustramos as medias acadêmicas (MA) comparadas com o nível de IE dos estudantes participantes da investigação, que foram no total de 45 estudantes que frequentam o segundo, terceiro, quarto e quinto ano do curso de psicologia, relacionadas com as médias do primeiro semestre, indicador usado para medir o RA dos estudantes da instituição.

Tabela 7
MA do primeiro semestre.

Média IE	Média RA	Média IE	Média RA	Média IE	Média RA
37,33	12	36,67	13	24,33	14
28,67	11	32,33	13	30,33	11
35,00	11	28,00	12	33,67	13
27,67	11	35,00	13	24,00	10
38,33	14	33,67	12	35,33	15
29,00	12	33,00	15	31,33	14
28,33	11	24,67	12	31,00	11
36,00	12	36,00	11	34,33	11
31,33	11	26,00	11	34,00	8
33,33	14	22,00	13	34,00	11
34,67	13	24,00	14	34,67	14
37,00	12	26,00	13	27,67	16
27,67	12	36,33	12	33,67	12
34,33	12	32,33	13	30,33	13
27,00	14	27,00	12	32,00	13

Nota. Fonte das Médias: Instituto Superior Politécnico do Bié (DAC)

Neste sentido, a média da IE corresponde à soma das suas variáveis (AE, CS, RE), dividido pela quantidade de variáveis. Deste modo se obteve uma média que de forma geral os níveis de inteligência emocional são adequados para todas as idades, gêneros, anos de frequência e período de estudo, havendo apenas alterações não muito significativas para estas categorias, existindo uma relação significativa e não determinante da IE no RA dos estudantes. Para este rendimento, usamos como indicadores gerais as MA que estão entre 8 e 17, valores de média do primeiro semestre.

Nota-se, pois, que, os níveis mais elevados de IE correspondente a 33,67-38,33 são de estudantes do quarto e terceiro ano que, segundo a qualificação, estão entre suficiente e bom.

Tabela 8
Correlação da inteligência emocional e o rendimento acadêmico usando a correlação de Pearson.

Variáveis		Inteligência	Rendimento
Inteligência	Correlação de Pearson	1	-0,009
	Sig. (2 extremidades)		0,955
	N	45	45
Rendimento	Correlação de Pearson	-0,009	1
	Sig. (2 extremidades)	0,955	
	N	45	45

A Tabela 8 mostra a correlação das variáveis inteligência emocional e rendimento acadêmico. Os resultados obtidos indicam que existe uma correlação significativamente alta de 0,955.

Discussão dos Resultados

Hodiernamente, o Ensino Superior cumpre, nas sociedades, um papel decisivo na promoção do ser pessoal, inclui o aumento de conhecimento mais especializado para a profissionalização do sujeito que se manifesta na qualidade de vida da sociedade. Entretanto, o grupo de estudantes lida com situações a nível pessoal social, no próprio meio universitário que afetam suas emoções e exigem sua gerência adequada para obter um rendimento acadêmico satisfatório.

Nesta perspectiva, a presente investigação teve como objetivo analisar a relação existente entre a IE e o RA dos estudantes de Psicologia do Ensino Superior e foram analisados segundo a idade, sexo, ano de frequência e período de estudo.

Comparando os dados através das pontuações da escala TMMS-24, a AE, CS e RE dos estudantes apresentam médias consideradas adequadas, o que representa uma IE média em todas as idades. Estes resultados assemelham-se aos de Bueno et al. (2006), em seus estudos sobre inteligência emocional em estudantes universitários, embora não relacionados a IE e RA. Os resultados indicaram boa consistência interna em todas as escalas dos indicadores AE, CS e RE aplicado em todos em estudantes de diferentes idades. Embora Mesa Castro (2019), em seu estudo, exponha

que, com a idade, aumentam consideravelmente a CS e a RE, ou seja, quanto maior a idade, maior a inteligência emocional.

Referente ao sexo, os dados mostram que os indicadores AE, CS e RE, não há diferença significativa nas médias por serem adequadas. Estes resultados assemelham-se aos que foram encontrados por Fonseca (2020), em que, nos indicadores AE, CS e RE, ambos os sexos manifestam um nível excelente, não havendo diferença entre os sexos, sendo que, neste estudo, estamos em uma escala de adequado e no do autor citado de excelente. Comparamos também os resultados que se assemelham aos de Sanjuán Quiles e Ferrer Hernández (2008) e Contreras et al. (2010), sendo que os autores expõem que nos indicadores AE e CS não existem diferenças por sexo. Quanto à RE, os homens têm uma maior necessidade do que as mulheres de melhorar a RE. Charbonneau e Nicol (2002) compararam a IE e comportamento pró-social em estudantes e observaram que jovens do sexo feminino pontuaram mais alto do que os jovens do sexo masculino.

Em relação ao ano de frequência, os indicadores AE as médias são adequadas com uma ligeira subida no quinto ano. Na CS, existe uma diferença entre o segundo, o quarto e o quinto ano, embora consideradas adequadas, já o terceiro tem uma média baixa. Na RE não existem diferenças nos anos de frequência por estarem em uma média considerada adequada. Deste modo, vimos que o quinto ano apresenta melhores resultados. Rendón (2019) reporta que as pessoas com poucas experiências obtêm as pontuações mais baixas. Logo, os do quinto ano apresentam maior experiência que os dos anos inferiores.

Quanto ao período de estudo, relacionado ao indicador AE, não há diferenças significativas, embora consideradas adequadas, existe uma diferença favorecendo o período laboral. Do mesmo modo no CS, o mesmo fenômeno acontece com RE. Este fenômeno pode se explicar pelo fato de que, no período laboral, existe pouca pressão do tipo social, baixando as exigências e o uso de pouca energia psíquica, favorecendo a gerência adequada das emoções neste período. De outra parte, aos corpos docentes que de alguma forma podem ceder maior facilitação pelo desgaste psíquico da carga horária.

No que toca ao rendimento acadêmico, os resultados detiveram-se na avaliação quantitativa das médias gerais ou MA do primeiro semestre. De forma geral, os estudantes participantes da investigação apresentam uma classificação em uma escala de mal, suficiente e bom, em que os valores eram distribuídos como: 8 (mal), de 10 a 12 (suficiente), de 13 a 15 (bom) e de 16 a 17 (excelente). Existindo apenas um estudante com a classificação de excelente e um de mal, os demais são categorizados em suficiente e bom. A média geral acumulada consiste no cálculo simples, levando-se em consideração as notas de todos os períodos cursados.

Os resultados da correlação feita indicam uma correlação significativamente alta entre a IE e o RA, pois os estudantes com uma IE adequada têm as suas classificações entre suficiente e bom. Isto se explica com a ideia de Cotler et al. (2017), dizendo que aqueles que apresentam um alto nível de IE têm uma maior autopercepção de sua eficácia, invadindo sentimentos de desgaste com respeito ao âmbito acadêmico. Deste modo, pode-se admitir que existe uma relação considerável entre a IE e o RA. Demonstra sistematicamente que os alunos com melhores desempenhos acadêmicos obtiveram resultados de autoconceito significativamente mais alto, dos que os de desempenho insatisfatório.

Em particular, o resultado com classificações excelentes apresenta uma média considerada adequada de IE, estatisticamente a sua média é mais baixa se compararmos com os outros casos. De igual sorte, o caso com a classificação mal apresenta uma média de IE alta. Isto denota que, embora haja uma relação significativa alta entre a IE e o RA, esta não é determinante. Isto se relaciona com a explicação de Arias (2018), de que é difícil obter conclusões do RA dos estudante, pois se deve ter em conta que se se referir apenas às notas, se estará falando de um RA imediato, mas se se fala dos logros pessoais e profissionais, se estará referindo ao RA mediato sendo este último unicamente medido com o passar do tempo.

No entanto, existem outros aspectos considerados como variáveis que podem afetar de forma positiva ou negativa no RA, como no caso da satisfação, que, segundo Wiers-Jenssen et al. (2002), apontam oito estruturas de satisfação no

contexto do Ensino Superior: 1. Qualidade do ensino (a nível acadêmico e pedagógico); 2. Qualidade da supervisão e *feedback* do *staff* acadêmico; 3. Composição, conteúdo e relevância curricular; 4. Equilíbrio entre diferentes formas de atividades de ensino organizadas e autoaprendizagem; 5. Qualidade dos recursos de apoio; 6. Qualidade da infraestrutura; 7. Qualidade e acesso a atividades de lazer; e 8. Clima social.

Considerações Finais

De acordo com os resultados, os estudantes de ambos os sexos apresentam níveis adequados de inteligência emocional nos indicadores de atenção emocional e regulação emocional. Independentemente da idade, todos os estudantes apresentam níveis adequados nos indicadores de inteligência emocional.

Existe uma correlação positiva significativamente alta entre a inteligência emocional e o rendimento acadêmico nos estudantes do curso de psicologia.

Não existem diferenças na correlação entre inteligência emocional e o rendimento acadêmico dos estudantes do curso de Psicologia do Instituto Superior Politécnico do Bié.

Há necessidade de potencializar os estudantes com recursos de enfrentamento das próprias emoções e de outrem. Embora não determinantes, consideram-se outros elementos categorizados como variáveis do RA que incidem com maior ou menor grau no RA.

Estas conclusões não ilustram a falta de limitações durante a investigação. Dentre várias, referimo-nos ao fato de que não foi possível influir na IE dos estudantes do curso por se tratar de um estudo não experimental pelo fato de que o tempo não permitiu. Ademais, pelo fato de que o instrumento usado pode ser respondido em função dos critérios pessoais da amostra selecionada, a confiabilidade dos resultados pode ser comprometida.

Entretanto, o referente estudo não é visto como acabado e completo, daí que dá a possibilidade de ser continuado por outros investigadores e em outros contextos sociais e acadêmicos.

Referências

- Alves, A. F. (2015). Inteligência e rendimento escolar na infância: implicações para a sala de aula. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 2(2), 113-121. doi.org/10.17979/reipe.2015.2.2.1329
- Arias, L. E. (2018). Estrategias de aprendizaje y rendimiento académico en la asignatura Análisis Matemático II. *Educación XXVII*, (53), 24-40. doi.org/1018800/educacion.201802.002
- Bar-On, R. (1997). *Bar-on emotional quotient inventory*. Multi Health Systems.
- Barchard, K. A. (2003). Does emotional intelligence assist in the prediction of academic success? *Educational and Psychological Measurement*, 63, 839-858. doi.org/10.1177/0013164403251333
- Boyatzis, R., & Goleman, D. (2002). *Emotional competency inventory (now the emotional and social competency inventory)*. The Hay Group.
- Boyatzis, R. E., & Goleman, D. (2014). *Emotional and Social Competency Inventory*. The Hay Group.
- Boyatzis, R. E., Goleman, D., & Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: insights from the emotional competence inventory (ECI). In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 343-362). Jossey-Bass.
- Bertolin, J. C. G., & Marcon, T. (2015). O (des)entendimento de qualidade na educação superior brasileira: das quimeras do provão e do ENADE à realidade do capital cultural dos estudantes. *Avaliação. Revista da Avaliação da Educação Superior*, 20(1), 105-122.
- Borges, L. F. M., Leal, E. A., Silva, T. D., & Pereira, J. M. (2018). Rendimento acadêmico e os estilos de aprendizagem: um estudo na disciplina análise de custos. *Revista Alcance*, 25(2), 161-176. doi.org/alcance.v25n2(Mai/Ago).p161-176
- Bueno, J. M. H., Santana, P. R., Zerbin, J., & Ramalho, T. B. (2006). Inteligência emocional em estudantes universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 305-316.

- Casiraghi, B., Almeida, L. S., Boruchovitch, E., & Aragão, J. C. S. (2020). Rendimento acadêmico no Ensino Superior: variáveis pessoais e socioculturais do estudante. *Revista Práxis*, 12(24), 2176-2192.
- Charbonneau, D., & Nicol, A. A. M. (2002). Emotional intelligence and leadership in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1101-1113.
- Charron, C., Dumet, N., Guéguen, N., Lieury, A., & Rusinek, S. (2013). *Dicionário de psicologia de A a Z*. Escolar.
- Contreras, F., Barbosa, D., & Espinosa, J. C. (2010). Personalidad, inteligencia emocional y afectividad en estudiantes universitarios de áreas empresariales Implicaciones para la formación de líderes. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 65-79.
- Cossio-Bolaños, M. (2015). *Métodos de investigación cuantitativa en Ciencias de la Educación*. Universidad Católica del Maule.
- Costa, A. C. F., & Faria, L. M. S. (2014). Avaliação da inteligência emocional: a relação entre medidas de desempenho e de autorrelato. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3), 339-346.
- Cotler, J. L., DiTursi, D., Goldsten, I., Yates, J., & Del Bolso, D. (2017). A mindfull approach to teaching emocional intelligence to undergraduate stundants online and in person. *Information Systems Education Journal*, 15(1), 12-25.
- Fernández, L., Rodríguez, A., & Armada, E. (2015). *La inteligencia emocional en estudiantes gallegos de ESO*. Universidade da Coruña. doi.org/10.17979/reipe.2015.2.x.206
- Fonseca, A. J. P. (2020). *Inteligencia emocional de los profesores que atienden a estudiantes con necesidades educativas especiales en escuelas especiales y regulares de Kuito y Huambo en Angola*. [Dissertação de Mestrado, Universidad Católica del Maule].
- Fonseca, A. J. P., & González, O. H. (2020). Inteligencia emocional en maestros de educación especial: aproximación a los instrumentos de medición. *Educere*, 25(81), 379-390.
- Franco, G., & Nóbrega, M. (2017). Inteligência emocional, resolução de problemas sociais e rendimento acadêmico. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 10(1), 98-103. doi.org/10.17979/reipe.2017.0.10.2899
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional* (12a ed.). Circulo de Leitores.
- Goldenberg, I., Matheson, K., & Mantler, J. (2006). The assessment of emotional intelligence: a comparison of performance-based and self-report methodologies. *Journal of Personality Assessment*, 86, 33-45.
- Hernández-Sampieri, R., & Torres, C. P. M. (2018). *Metodología de la investigación científica: las rutas cuantitativa, cualitativa y mista*. McGraw-Hill.
- Hodzic, S., Scharfen, J., Ripoll, P., Holling, H., & Zenasni, F. (2018). How efficient are emotional intelligence trainings: a meta-analysis. *Emotion Review*, 10, 138-148.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: principles and updates. *Emotion Review*, 8(4), 290-300. https://doi.org/10.1177/1754073916639667
- Mayer, J. D., Salovey P., & Carus, D. R. (2016). The ability model of emotional intelligence. *Emot Rev.*, 8(4), 290-300.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: theory, findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215. http://doi.org/10.1207/s15327965pli1503_02
- Mesa Castro, N. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *Ene*, 13(3).
- Miranda, G. J., Lemos, K. C. S., Pimenta, A. S. O., & Ferreira, M. A. (2013). Determinantes do desempenho acadêmico na área de negócios. In *Anais do 4º Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade*. ANPAD.
- Morales, M. I. J., López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: estado atual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 69-79.

- Munhoz, A. M. H. (2004). *Uma análise multidimensional da relação entre inteligência e desempenho acadêmico em universitários ingressantes*. [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas].
- Pacheco, N., & Fernández-Berrocal, P. (2003). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *REDIE — Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6(2).
- Patrícia, M., Branco, C. D., & Siqueira, N. (2013). *Contribuição da inteligência emocional para o sucesso escolar no contexto da formação em medicina*. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior].
- Petrides, K. V. (2010). Trait emotional intelligence theory. *Industrial and Organizational Psychology*, 3, 136-139.
- Petrides, K. V., Pita, R., & Kokkinaki, F. (2007). The location of trait emotional intelligence in personality factor space. *British Journal of Psychology*, 98(2), 273-289. <https://doi.org/10.1348/000712606x120618>
- Pola, A. (2013). Relación entre el rendimiento académico y los hábitos de estudio en alumnos universitarios. [Tesis de grado, Universidad Abierta Interamericana].
- Queirós, M. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Carral, J. M. C., & Queirós, P. S. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 199-216.
- Rego, A., & Fernandes, C. (2005). Inteligencia emocional: desarrollo y validación de un instrumento de medida. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(1), 23-38.
- Rendón, M. A. (2019). Competencias socioemocionales de maestros en formación y egresados de programas de educación. *Praxis & Saber*, 10(24), 243-270. <https://doi.org/10.19053/22160159.v10.n25.2019.10004>
- Ribeiro, M. A. F. (2019). *Fatores preditores do desempenho académico: o caso da motivação, satisfação e autoeficácia*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa].
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-221.
- Sanjuán Quiles A., & Ferrer Hernández, M. (2008). Perfil emocional de los estudiantes em prácticas clínicas. Acción tutorial em enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. *Invest. Educ. Enferm.*, 26(2), 226-235.
- Silva, M. M., & Silva, A. M. S. (2018). Inteligência emocional e sua aplicação no contexto educacional. *Luminar*, 1(2), 16-31. doi.org/10.17979/reipe.2015.2.x.206
- Sousa, A. P. L. D. B. (2010). *Inteligência emocional e desempenho académico em estudantes do ensino superior*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga].
- Wiers-Jenssen, J., Stensaker, B., & Groggaard, J. B. (2002). Student satisfaction: towards an empirical deconstruction of the concept. *Quality in Higher Education*, 8(2), 183-195. <https://doi.org/10.1080/1353832022000004377>
- Wittmer, J. L. S., & Hopkins, M. M. (2018). Exploring the relationship between diversity intelligence, emotional intelligence, and executive coaching to enhance leader development practices. *Advances in Developing Human Resources*, 20(3), 285-298.
- Yücel, A. S., & Özdayi, Y. (2019). Analysis on emotional intelligence levels of physical education and sports students in sports. *Universal Journal of Educational Research*, 7(3), 853-862. doi.org/10.13189/ujer.2019.070327

Respostas do Estresse Pós-traumático entre Estudantes do Ensino Superior Durante o Contexto Pandêmico

Eliany Nazaré Oliveira¹, Francisca Verônica Dias Melo², Lídia Cristina Monteiro da Silva³,
Ravena Silva do Nascimento⁴, Paulo César de Almeida⁵ e Paulo Jorge de Almeida Pereira⁶

Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará, Brasil

Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal

Resumo: O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) consiste em reações disfuncionais intensas e desagradáveis que têm início após um evento extremamente traumático. Este artigo objetivou analisar as respostas de estresse pós-traumático em estudantes do Ensino Superior no contexto da pandemia de Covid-19. Para tanto, aplicaram-se, virtualmente, um questionário sociodemográfico e a escala PCL-5 para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em uma amostra de 427 estudantes cearenses, com coleta de dados no ano de 2022. A estatística descritiva foi utilizada para apresentação dos resultados, bem como a análise de consistência interna com o cálculo do Alfa de Cronbach e a análise de correlação de Pearson para o cálculo da correlação item-total. Verificou-se que 59,5% dos acadêmicos afirmou pertencer ao sexo feminino, 52,2% autodeclarou-se pardo e 84,5% alegou ser solteiro. O uso da PCL-5 evidenciou que, dentre as manifestações de TEPT, a extrema dificuldade para concentrar-se predominou, com 24,6%, enquanto o item sobre comportamentos de risco contra si próprio apresentou escores positivos, com apenas 3% dos universitários confirmando cometê-los. As maiores médias de respostas concentraram-se nos itens relacionados à dificuldade de concentração, perda de interesse por atividades antes prazerosas e lembranças ruins e repetitivas da experiência estressante, com, respectivamente, $M = 3,38$, $M = 2,89$ e $M = 2,88$. A análise da consistência interna revelou adequadas propriedades psicométricas, com valores de Alfa de Cronbach, para as dimensões 1 e 2 da PCL-5 e a escala global, em torno de 0,90, 0,92 e 0,96, nessa ordem, e uma correlação de Pearson, item-total, em todos os âmbitos averiguados da escala, superior a 0,500. Isso posto, sugere-se a realização de novas pesquisas a fim de conhecer outros aspectos da questão e identificar os seus desdobramentos na vida dos estudantes do Ensino Superior nos anos pós-pandêmicos.

Palavras-chave: transtornos de estresse pós-traumáticos, universidades, Covid-19

¹ Enfermeira. Pós-doutorado pela Faculdade de Ciências em Educação e Psicologia da Universidade do Porto, Portugal. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral, Ceará. *E-mail:* elianyy@gmail.com

² Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral, Ceará. *E-mail:* veronica.dias626@gmail.com

³ Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral, Ceará. *E-mail:* lidia2022o@gmail.com

⁴ Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral, Ceará. *E-mail:* enf.ravenanascimento@gmail.com

⁵ Estatístico. Pós-doutorado pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. *E-mail:* pc2015almeida@gmail.com

⁶ Engenheiro Químico. Doutorado em Química pela Universidade Nova de Lisboa. Docente da Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal. *E-mail:* ppereira@ucp.pt

Post-traumatic Stress Responses among Higher Education Students During the Pandemic Context

Abstract: Post-traumatic stress disorder (PTSD) comprises intense and distressing dysfunctional reactions following an extremely traumatic event. This article aimed to analyze post-traumatic stress responses in higher education students within the context of the COVID-19 pandemic. To do so, a sociodemographic questionnaire and the PCL-5 scale for screening post-traumatic stress disorder (PTSD) were administered virtually to a sample of 427 students from Ceará, Brazil, with data collection conducted in 2022. Descriptive statistics were used to present the results and internal consistency analysis using Cronbach's Alpha and Pearson correlation analysis for item-total correlation calculation. It was found that 59.5% of the students identified as female, 52.2% self-declared as mixed-race, and 84.5% reported being single. The use of the PCL-5 revealed that among the manifestations of PTSD, extreme difficulty in concentrating predominated at 24.6%, while the item related to self-harm behaviors showed positive scores, with only 3% of the students confirming engaging in such behaviors. The highest mean responses were concentrated in items related to difficulty concentrating, loss of interest in previously pleasurable activities, and recurrent distressing memories of the stressful experience, with respective means of $M=3.38$, $M=2.89$, and $M=2.88$. Internal consistency analysis revealed satisfactory psychometric properties, with Cronbach's Alpha values for dimensions 1 and 2 of the PCL-5 and the overall scale around 0.90, 0.92, and 0.96, respectively, and a Pearson item-total correlation in all assessed dimensions of the scale exceeding 0.500. Therefore, further research is recommended to explore additional aspects of this issue and identify its implications in the lives of higher education students in the post-pandemic years.

Keywords: post-traumatic stress disorders, universities, Covid-19

Introdução

Em 2019, o coronavírus, causado pelo vírus SARS-CoV-2, surgiu na província de Wuhan, China. Com a transmissão desencadeada do vírus por todo o mundo, em 31 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Covid-19 um Estado de Saúde Pública e de Emergência Internacional (Organização Pan-Americana da Saúde [Opas], 2023). Esse rápido crescimento da pandemia, dentre outros fatores, ocasionou mudanças comportamentais, as quais podem elevar quadros de sofrimento psíquico e adoecimento mental (Qian et al., 2020).

Além disso, a pandemia fez com que grande parte dos planos futuros fossem questionados, gerando medo, incertezas e inseguranças. Isso não foi diferente no contexto do *Ensino Superior*, cujas ações de adequação às condições sanitárias mundiais submeteram os estudantes às modificações acadêmicas que ampliaram o cenário de *apreensão e ansiedade* em relação ao futuro estudantil e profissional em curso.

É o que apresenta o estudo de Oliveira et al. (2022), realizado com estudantes do Ensino Superior do Ceará no ano de 2022. Entre os pesquisados, 21,2% dos alunos tiveram suas atividades canceladas durante o isolamento social; a maioria, 77,2%, relatou preocupação com a morte de parentes e conhecidos pela Covid-19; e, em relação à saúde mental, percebeu-se que os participantes foram afetados pelas condições impostas pela pandemia.

Sabe-se, ainda, que os estudantes universitários possuem um histórico de sofrimento mental, decorrente dos desafios vivenciados no decorrer da graduação. Segundo Zhai e Du (2020), um em cada cinco estudantes universitários tinha um ou mais transtornos mentais diagnosticáveis em todo o mundo antes da pandemia. Os autores Maia, Souza Júnior e Sampaio (2020), por sua vez, em um estudo realizado no ano de 2018 com estudantes de terapia ocupacional, evidenciou, além da presença do impacto psicológico, que esses estudantes sentiam-se, dentre outras coisas, cobrados, atarefados em demasia e sem as condições financeiras necessárias às atividades exigidas pelo currículo acadêmico.

Dentro desses acometimentos na saúde mental dos estudantes de Ensino Superior, surge o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), segundo a 5ª edição do Manual de Diagnósticos e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5), é uma doença que atinge crianças, jovens e adultos. Para o TEPT acontecer é preciso que o indivíduo vivencie um evento traumático e/ou violento onde ele pode ter participação direta — quando o indivíduo é a vítima — ou uma participação indireta — quando o indivíduo testemunha uma situação de violência e/ou traumática ou sabe desse evento por ocorrer com algum familiar ou amigo próximo (American Psychiatric Association [APA], 2014). Sendo o TEPT caracterizado pelos sintomas persistentes de revivência, evitação e entorpecimento, e excitabilidade aumentada, após um evento traumático (Sbardelloto et al., 2011).

Logo, faz-se imperativo e necessário avaliar a saúde psicológica de pessoas que vivem em países afetados pela pandemia, pois aberrações, causadas pela exposição direta ou indireta a essa situação, devem trazer consequências psíquicas imensuráveis, por meio da vivência de altos níveis de estresse que as torna mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais graves (Khan et al., 2020).

Sabe-se da impossibilidade de abranger todos os desafios que a educação superior enfrenta diante da atual crise sanitária. Entretanto, o debruçamento de pesquisas sobre essas questões pode fornecer inúmeras informações relevantes que irão possibilitar uma maior aproximação com a problemática, além do traçamento de intervenções.

Diante disso, este artigo tem como objetivo analisar as respostas de estresse pós-traumático em estudantes do Ensino Superior no contexto da pandemia de Covid-19.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório com delineamento transversal. A pesquisa transversal é caracterizada por meio da exposição ao fator ou a causa estar presente com o efeito em um grupo de indivíduos, no mesmo intervalo de tempo analisado (Polit & Beck, 2019).

Esses estudos possibilitam produzir informações sobre a frequência ou prevalência de certas situações de doença ou fatores de risco em determinado tempo, bem como realizar associações entre a variável desfecho e suas covariáveis (Rouquayrol & Gurgel, 2017).

A população compreendeu estudantes do Ensino Superior do Estado do Ceará que participaram da pesquisa *Repercussões da pandemia do novo coronavírus na saúde mental de estudantes do ensino superior*, a qual foi desenvolvida no período de junho a setembro de 2020 com 3.698 estudantes do Ensino Superior de instituições públicas e privadas do referido estado. Esta foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) com o parecer nº 4.152.388, e com CAAE 32101220.3.0000.5053.

Este trabalho, portanto, configurou um seguimento do anterior e sua amostra abrangeu os estudantes do Ensino Superior, envolvidos na pesquisa mencionada, que responderam ao convite de participação, feito mediante *e-mail*, para este segundo momento, o que compreendeu uma amostra de 427 participantes, tendo as respostas sido recolhidas entre janeiro e março de 2022. Vale ressaltar que os participantes foram comunicados e concordaram sobre a participação em estudos subsequentes.

Importante informar que a pesquisa de acompanhamento também foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com número do parecer 5.186.296 e CAAE 54350421.8.0000.5053, com o seguinte título: *Saúde mental em tempos de covid-19: análise e acompanhamento de estudantes do Ensino Superior do Estado do Ceará*.

Para realização da coleta de dados, utilizou-se um formulário do Google Forms, o qual foi composto por dois instrumentos, um questionário sociodemográfico para conhecimento de situação socioeconômica dos participantes no momento pós-pandêmico e uma escala para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático (PCL-5). A PCL-5 foi desenvolvida para avaliar os sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) de acordo com os critérios B, C e D da quinta edição do

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), e compõe-se de 20 itens, sendo dividida em duas dimensões para melhor avaliação da escala: Dimensão 1. Condição estressante do evento (itens 08-20); Dimensão 2. Cenas e lembranças da experiência traumática (itens 01-07). As respostas são dadas ao longo de uma escala de intensidade tipo Likert de 5 pontos, variando de zero (nada) a quatro (extremamente). Nela, o entrevistado é solicitado a indicar o quanto foi perturbado pelos sintomas de TEPT durante o mês anterior e a pontuação total é calculada para cada item, com pontuações mais altas indicando maior gravidade dos sintomas (Osório et al., 2017).

Segundo o estudo de Blevis et al. (2015), a PCL-5 se demonstrou eficaz nos testes psicométricos realizados, apresentando uma consistência interna forte ($\alpha = 0,94$), confiabilidade teste-reteste ($r = 0,82$), validade convergência ($r_s = 0,74$ a $0,85$) e discriminante ($r = 0,31$ a $0,60$).

Os dados obtidos em ambos os instrumentos foram tabulados e posteriormente analisados por meio da estatística descritiva, com o estabelecimento dos valores de frequência, média, desvio padrão, coeficiente de variação e os quantitativos mínimos e máximos observados. Para análise da consistência interna da escala PCL-5, utilizou-se o Alfa de Cronbach.

Esse modelo compreende o mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas e tem por fim medir a forma como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). A análise da consistência interna revelou excelentes propriedades psicométricas, com valores de Alfa de Cronbach, para as dimensões 1 e 2 da PCL-5 e a escala global, em torno de 0,90, 0,92 e 0,96. Demonstrando que a escala PCL-5 tem capacidade para mensurar o TEPT.

Resultados e Discussão

A Tabela 1 apresenta os dados referentes ao perfil da amostra envolvida neste trabalho, trazendo a distribuição do número de participantes segundo as variáveis sociodemográficas, na qual é possível identificar

que, dos 427 envolvidos, foi majoritário o sexo feminino (59,5%). Entretanto, a participação do público masculino também mostrou-se expressiva, tendo em vista que 167 (39,1%) acadêmicos responderam ao estudo. Quando questionados quanto à raça/cor, a maioria autodeclarou-se pardo (52,2%), seguido por branco (34,9%) e preta (10,3%). A situação conjugal salientou uma soma expressiva de solteiros (84,5%), seguido pelos casados (8,9%), no momento da realização do estudo.

Tabela 1

Distribuição dos dados sociodemográficos dos estudantes do Ensino Superior

Variável		N	%
Sexo	Feminino	254	59,5
	Masculino	167	39,1
	Outro	6	1,4
Idade (em anos)	M = 25,4; DP = 7,00 Mín = 19; Máx = 57		
Raça/Cor	Amarela	4	0,9
	Branca	149	34,9
	Parda	223	52,2
	Preta	44	10,3
	Indígena	1	0,2
	Preferiu não responder	6	1,4
Situação conjugal	Casado	38	8,9
	Divorciado	10	2,3
	Solteiro	361	84,5
	União estável	17	4,0
	Viúvo	1	0,2
Total		427	100,0

O gênero representa um fator de importante menção, visto que há uma relativa contribuição da carga genética ao falar sobre TEPT, pois, apesar de os homens estarem mais expostos a riscos e a eventos traumáticos durante a vida, são as mulheres que apresentam maior chance de desenvolver o Transtorno de Estresse Pós-traumático, chance quantificada em cerca de duas vezes mais que o sexo oposto (Sartor et al., 2010). O estudo de Kalaitzaki et al. (2021), realizado na Grécia, durante a Pandemia de Covid-19, apontou que os níveis de sintomas de TEPT foram correlacionados com menor idade, sexo feminino e ser solteiro.

Em relação à situação conjugal, os sintomas relacionados ao TEPT podem interferir no modo como a pessoa se relaciona. As manifestações do transtorno causam sofrimento significativo no funcionamento social do indivíduo e os sintomas estão ligados à dificuldade na administração de suas emoções, em decorrência do evento ou risco traumático, ocasionando, assim, um impacto na construção conjugal (Costa & Rodrigues, 2020).

Na Tabela 2, pode-se observar as pontuações obtidas por item da escala PCL-5. É possível verificar que, no item 19, “Ter dificuldades para se concentrar?”, 24,6% dos participantes respondeu ter extrema dificuldade para concentrar-se, enquanto apenas 6,6% afirmou não possuí-la, o que denota um comprometimento significativo da concentração. A variante com dados mais positivos, no sentido da promoção a saúde, encontra-se no item 16, “Correr muitos riscos ou fazer coisas que podem lhe causar algum mal?”, em que 46,8% sinalizou não se submeter a riscos, contra somente 3% que declarou ter esse comportamento.

Tabela 2

Comportamentos e manifestações avaliados pela PCL-5. Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Item	1*		2*		3*		4*		5*	
	N = 427		N = 427		N = 427		N = 427		N = 427	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
01- Lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante?	59	13,8	106	24,8	137	32,1	77	18,0	48	11,2
02- Sonhos perturbadores e repetitivos com a experiência estressante?	134	31,4	139	32,6	81	19,0	46	10,8	27	6,3
03- De repente, sentindo ou agindo como se uma experiência estressante estivesse, de fato, ocorrendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no passado)?	133	31,1	116	27,2	88	20,6	61	14,3	29	6,8
04- Sentir-se muito chateado quando algo lembra você da experiência estressante?	77	18,0	141	33,0	84	19,7	89	20,8	36	8,4
05- Ter relações físicas intensas quando algo lembra você da experiência estressante (por exemplo, coração apertado, dificuldades para respirar, suor excessivo)?	169	39,6	108	25,3	75	17,6	45	10,5	30	7,0
06- Evitar lembranças, pensamentos, ou sentimentos relacionados à experiência estressante?	84	19,7	128	30,0	107	25,1	73	17,1	35	8,2
07- Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?	89	20,8	135	31,6	99	23,2	70	16,4	34	8,0
08- Não se lembrar de partes importantes da experiência estressante?	180	42,2	114	26,7	87	20,4	35	8,2	11	2,6
09- Ter crenças negativas intensas sobre você, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos tais como: “Eu sou ruim”, “Existe algo seriamente errado comigo”, “Ninguém é confiável”, “O mundo todo é perigoso”)?	100	23,4	96	22,5	78	18,3	87	20,4	66	15,5
10- Culpar a si mesmo ou aos outros pela experiência estressante ou pelo que aconteceu depois dela?	110	25,8	112	26,2	73	17,1	80	18,7	52	12,2
11- Ter sentimentos negativos intensos como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha?	82	19,2	104	24,4	89	20,8	102	23,9	50	11,7
12- Perder o interesse em atividades que você costumava apreciar?	78	18,3	109	25,5	88	20,6	85	19,9	67	15,7
13- Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas?	73	17,1	119	27,9	91	21,3	81	19,0	63	14,8
14- Dificuldades para vivenciar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou sentimentos amorosos por pessoas próximas a você)?	143	33,5	111	26,0	86	20,1	51	11,9	36	8,4
15- Comportamento irritado, explosões de raiva ou agir agressivamente?	132	30,9	130	30,4	64	15,0	72	16,9	29	6,8
16- Correr muitos riscos ou fazer coisas que podem lhe causar algum mal?	200	46,8	105	24,6	69	16,2	40	9,4	13	3,0
17- Ficar “super” alerta, vigilante ou de sobreaviso?	127	29,7	128	30,0	78	18,3	58	13,6	36	8,4
18- Sentir-se apreensivo ou assustado facilmente?	123	28,8	129	30,2	82	19,2	58	13,6	35	8,2
19- Ter dificuldades para se concentrar?	28	6,6	98	23,0	90	21,1	106	24,8	105	24,6
20- Problemas para adormecer ou continuar dormindo?	96	22,5	97	22,7	93	21,8	71	16,6	70	16,4

Nota. *1- De modo nenhum; 2- Um pouco; 3- Moderadamente; 4- Muito; 5- Extremamente.

Diversas adaptações precisaram ser feitas nas rotinas dos estudantes para conciliar as aulas durante a pandemia, entretanto, existiam limitações, como a falta de local adequado para estudar, internet de baixa qualidade, falta de tecnologias, a exemplo de celular e *notebook*, para acompanhar as aulas, desgaste emocional, processo de adaptação aos recursos didáticos utilizados (Santos et al., 2021). Essas dificuldades enfrentadas no decorrer da pandemia contribuíram para o desgaste dos alunos e para o desenvolvimento de sintomatologias correlacionadas ao TEPT.

Os estudantes também relataram *problemas relacionados ao sono*, os quais estão presentes no diagnóstico de TEPT, sob as formas de dificuldade para acordar, insônia e pesadelos, fatores que podem estar atrelados às memórias intrusivas e às lembranças do trauma sofrido (Barros et al., 2019).

Nessa perspectiva, destaca-se o estudo de Muller e Guimarães (2007), o qual abordou a qualidade e o impacto da redução do *sono*, a partir da análise dos dados do Inquérito à Saúde. Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que pessoas que dormem por menos horas podem apresentar impactos negativos em atividades sociais, menor concentração, dificuldade de aprendizagem, além do aumento da suscetibilidade ao aparecimento de transtornos mentais.

Outro fato analisado abrangeu a dificuldade relacionada à memória, em que 42,2% (180) dos estudantes referiu apresentá-la. Conforme Emygdio et al. (2019), dentre os impactos ocasionados pelo TEPT à memória, verificam-se os déficits cognitivos, tanto na memória operacional como na memória prospectiva. Logo, como a memória é também uma característica essencial para o desempenho de atividades cotidianas e acadêmicas, o prejuízo dessa função nos estudantes pode ser significativamente prejudicial na qualidade de vida.

O estresse, ocasionado por conta da pandemia e do ensino remoto, trouxe consequências imensuráveis para a saúde mental e impactou diretamente a qualidade da vida acadêmica dos estudantes de Instituições de Ensino Superior (IES). Entre as implicações para o percurso estudantil, citam-se a diminuição do desempenho, a geração de um maior fracasso escolar, o aumento da vontade de trancar a graduação, além da sobrecarga para docentes e discentes ao longo do uso desafiador das tecnologias usadas durante o período pandêmico (Gusso et al., 2020).

Pessoas com TEPT podem apresentar sentimentos negativos, a exemplo de medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha, decorrentes do trauma, como exposto por alguns universitários nesta pesquisa. No entanto, esses sentimentos, associados ao estresse, podem gerar dificuldades no convívio com outros estudantes, proporcionando um maior distanciamento social, uma vez que a pessoa afetada pode demonstrar perda de interesse em atividades que costumava apreciar e também dificuldades para experimentar sentimentos positivos. Desse modo, essas consequências impactam diretamente as relações sociais, deixando o estudante, portador dessa sintomatologia, vulnerável ao desenvolvimento de depressão (Barnhill, 2020a).

A Tabela 3 apresenta os dados obtidos, mediante a aplicação da PCL-5, com ênfase nos itens cujas pontuações alcançaram os maiores valores, em que os escores do CV (coeficiente de variação) são heterogêneos devido às diferenças entre respostas e métodos utilizados. É possível perceber que os itens 01, 12 e 19 obtiveram as maiores somas, com médias de 2,88 (DP – 1,19), 2,89 (DP – 1,34) e 3,38 (DP – 1,26), respectivamente, os quais relacionam-se, por essa ordem, às lembranças ruins e repetitivas da experiência estressante, perda de interesse por atividades antes prazerosas e dificuldade de concentração.

Tabela 3

Distribuição dos itens da Escala de Transtorno de Estresse Pós-traumático em estudantes do Ensino Superior *continua*

Item	N	M	DP	CV	Mín-Máx
01- Lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante?	427	2,88	1,19	41%	1-5
02- Sonhos perturbadores e repetitivos com a experiência estressante?	427	2,28	1,19	52%	1-5
03- De repente, sentindo ou agindo como se uma experiência estressante estivesse, de fato, ocorrendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no passado)?	427	2,38	1,25	52%	1-5

Tabela 3

Distribuição dos itens da Escala de Transtorno de Estresse Pós-traumático em estudantes do Ensino Superior conclusão

Item	N	M	DP	CV	Mín-Máx
04- Sentir-se muito chateado quando algo lembra você da experiência estressante?	427	2,69	1,23	46%	1-5
05- Ter relações físicas intensas quando algo lembra você da experiência estressante (por exemplo, coração apertado, dificuldades para respirar, suor excessivo)?	427	2,20	1,26	57%	1-5
06- Evitar lembranças, pensamentos, ou sentimentos relacionados à experiência estressante?	427	2,64	1,21	46%	1-5
07- Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?	427	2,59	1,21	47%	1-5
08- Não se lembrar de partes importantes da experiência estressante?	427	2,02	1,09	54%	1-5
09- Ter crenças negativas intensas sobre você, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos tais como: “Eu sou ruim”, “Existe algo seriamente errado comigo”, “Ninguém é confiável”, “O mundo todo é perigoso”)?	427	2,82	1,40	50%	1-5
10- Culpar a si mesmo ou aos outros pela experiência estressante ou pelo que aconteceu depois dela?	427	2,65	1,36	51%	1-5
11- Ter sentimentos negativos intensos como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha?	427	2,85	1,30	46%	1-5
12- Perder o interesse em atividades que você costumava apreciar?	427	2,89	1,34	46%	1-5
13- Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas?	427	2,86	1,31	46%	1-5
14- Dificuldades para vivenciar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou sentimentos amorosos por pessoas próximas a você)?	427	2,36	1,28	54%	1-5
15- Comportamento irritado, explosões de raiva ou agir agressivamente?	427	2,38	1,27	53%	1-5
16- Correr muitos riscos ou fazer coisas que podem lhe causar algum mal?	427	1,97	1,13	57%	1-5
17- Ficar “super” alerta, vigilante ou de sobreaviso?	427	2,41	1,27	53%	1-5
18- Sentir-se apreensivo ou assustado facilmente?	427	2,42	1,26	52%	1-5
19- Ter dificuldades para se concentrar?	427	3,38	1,26	37%	1-5
20- Problemas para adormecer ou continuar dormindo?	427	2,82	1,39	49%	1-5

A falta de concentração, devido ao TEPT, é caracterizada como uma alteração no sinal de alerta. O indivíduo, portador do transtorno, torna-se excessivamente vigilante quanto à presença de sinais de alerta de risco e esse fator pode reduzir, em níveis notáveis, a concentração (Barnhill, 2020b), impactando na qualidade dos estudos e na reabilitação no cenário do desenvolvimento acadêmico, além de prejudicar foco, disciplina e motivação e afetar a realização de atividades cotidianas.

Em um cenário de pandemia, como o vivenciado com a Covid-19, estima-se que o quantitativo de pessoas afetadas mentalmente supere o número de pessoas acometidas pela doença pandêmica (Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2020). Logo, é indiscutível que traumas se desenvolveram nesse período, os quais, no caso dos universitários, atrelaram-se ao medo, às inseguranças e às incertezas com relação ao futuro acadêmico em construção, conduzindo-os ao desenvolvimento de estresse pós-traumático.

Foi o que evidenciou o estudo de Raposo, Cordeiro e Farias (2022), realizado na Universidade Federal de Pernambuco com alunos e professores. Nessa pesquisa, atestou-se que os sintomas de estresse foram superiores aos de ansiedade durante a pandemia e, ao comparar o impacto negativo entre docentes e discentes, verificou-se que o evento pandêmico afetou mais aos acadêmicos da universidade. Ainda nessa perspectiva, Macêdo et al. (2022), em trabalho desenvolvido com 164 acadêmicos de enfermagem do Piauí, revelou que 51,2% da amostra apresentou uma indicação alta para TEPT, seguido de 14,0% que demonstrou uma preocupação clínica para o referido transtorno.

O Quadro 1 traz as dimensões da escala PCL-5 ao lado dos itens que as compõem, divisão utilizada para o cálculo e análise da consistência interna do referido instrumento. É possível notar a existência de duas dimensões, tal como previsto na escala original, Dimensão 1 — Condição estressante do evento, e Dimensão 2 — Cenas e lembranças da experiência traumática, em que quase metade dos 20 itens do instrumento, isto é, nove itens, abordam a natureza estressante do evento, ao passo que sete itens enfocam a ocorrência de cenas e lembranças do episódio traumático e quatro itens não se relacionam com algum dos dois âmbitos.

Quadro 1

Distribuição dos itens da escala PCL-5 por suas respectivas dimensões

DIMENSÃO	ITENS
Dimensão 1. Condição estressante do evento	08- Não se lembrar de partes importantes da experiência estressante? 12- Perder o interesse em atividades que você costumava apreciar? 13- Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas? 14- Dificuldades para vivenciar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou sentimentos amorosos por pessoas próximas a você)? 15- Comportamento irritado, explosões de raiva ou agir agressivamente? 17- Ficar “super” alerta, vigilante ou de sobreaviso? 18- Sentir-se apreensivo ou assustado facilmente? 19- Ter dificuldades para se concentrar? 20- Problemas para adormecer ou continuar dormindo?
Dimensão 2. Cenas e lembranças da experiência traumática	01- Lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante? 02- Sonhos perturbadores e repetitivos com a experiência estressante? 03- De repente, sentindo ou agindo como se uma experiência estressante estivesse, de fato, ocorrendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no passado)? 04- Sentir-se muito chateado quando algo lembra você da experiência estressante? 05- Ter relações físicas intensas quando algo lembra você da experiência estressante (por exemplo, coração apertado, dificuldades para respirar, suor excessivo)? 06- Evitar lembranças, pensamentos, ou sentimentos relacionados à experiência estressante? 07- Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?
Não utilizados	09- Ter crenças negativas intensas sobre você, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos tais como: “Eu sou ruim”, “Existe algo seriamente errado comigo”, “Ninguém é confiável”, “O mundo todo é perigoso”)? 10- Culpar a si mesmo ou aos outros pela experiência estressante ou pelo que aconteceu depois dela? 11- Ter sentimentos negativos intensos como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha? 16- Correr muitos riscos ou fazer coisas que podem lhe causar algum mal?

A condição estressante do evento aborda as modificações, percebidas pelo indivíduo, nos seguintes aspectos da própria vida: memória, interesse por atividades, interações interpessoais, sentimentos, estado de alerta, concentração e sono e repouso. Segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), o quadro de TEPT instalou-se quando, após a exposição a um ou mais eventos traumáticos, ocorre o desenvolvimento de sintomas característicos, a exemplo de alterações na cognição, no humor, na excitação e na reatividade. Logo, a identificação dessas mudanças aponta para um possível quadro de TEPT.

Outros dois fatores contemplados pela escala PCL-5 compreendem o que é intitulado, também pelo DSM-5, como sintomas intrusivos relacionados ao evento traumático — lembranças, sonhos, reexperiência (sensação de reviver o episódio), sofrimento psicológico e reações físicas intensas — e evitação de estímulos associados ao trauma. O estudo de Shih et al. (2023), feito com 247 sobreviventes de situação traumática, evidenciou que 40% dos participantes apresentava sintomas moderados de TEPT, dentre os quais estavam a reexperiência e a evitação.

Um outro estudo, realizado com 258 espanhóis que haviam vivenciado alguma situação traumática ao longo da vida, demonstrou que 73% dos participantes obteve uma pontuação moderada nos itens que avaliavam a presença de sintomas intrusivos (Marqueses et al., 2023). Ambos os achados ratificam a associação dessas manifestações ao TEPT e ressaltam a importância da avaliação desses elementos por instrumentos que se propõem a avaliar a existência do transtorno, como a PCL-5.

A Tabela 4, por sua vez, exhibe os valores de consistência interna obtidos para a PCL-5. Nela, verifica-se

a presença de valores de Alfa de *Cronbach*, para as dimensões 1 e 2 da PCL-5 e a escala global, em torno de 0,90, 0,92 e 0,96, respectivamente, enquanto a correlação item-total demonstrou, em todos os âmbitos averiguados da escala, pontuações superiores a 0,500.

Tabela 4

Distribuição dos escores de consistência interna da escala PCL-5 em estudantes do Ensino Superior

	N	M	DP	Mín-Máx	Alfa	Correlação item-total
Dimensão 1. Condição estressante do evento					0,900	0,549-0,751
08- Não se lembrar de partes importantes da experiência estressante?	427	2,02	1,09	1-5		
12- Perder o interesse em atividades que você costumava apreciar?	427	2,89	1,34	1-5		
13- Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas?	427	2,86	1,31	1-5		
14- Dificuldades para vivenciar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou sentimentos amorosos por pessoas próximas a você)?	427	2,36	1,28	1-5		
15- Comportamento irritado, explosões de raiva ou agir agressivamente?	427	2,38	1,27	1-5		
17- Ficar “super” alerta, vigilante ou de sobreaviso?	427	2,41	1,27	1-5		
18- Sentir-se apreensivo ou assustado facilmente?	427	2,42	1,26	1-5		
19- Ter dificuldades para se concentrar?	427	3,38	1,26	1-5		
20- Problemas para adormecer ou continuar dormindo?	427	2,82	1,39	1-5		
Dimensão 2. Cenas e lembranças da experiência traumática					0,920	0,676-0,803
01- Lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante?	427	2,88	1,19	1-5		
02- Sonhos perturbadores e repetitivos com a experiência estressante?	427	2,28	1,19	1-5		
03- De repente, sentindo ou agindo como se uma experiência estressante estivesse, de fato, ocorrendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no passado)?	427	2,38	1,25	1-5		
04- Sentir-se muito chateado quando algo lembra você da experiência estressante?	427	2,69	1,23	1-5		
05- Ter relações físicas intensas quando algo lembra você da experiência estressante (por exemplo, coração apertado, dificuldades para respirar, suor excessivo)?	427	2,20	1,26	1-5		
06- Evitar lembranças, pensamentos, ou sentimentos relacionados à experiência estressante?	427	2,64	1,21	1-5		
07- Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?	427	2,59	1,21	1-5		
Escala global: PCL-5					0,956	0,609-0,812

Conforme exposto por Muñiz et al. (2005), um valor de Alfa superior a 0,80 é considerado adequado e um coeficiente de consistência interna entre 0,60 e 0,80 é considerado como aceitável. Logo, o alcance, neste estudo, de um Alfa de *Cronbach* superior a 0,80 para a escala global e suas duas dimensões evidencia a adequada medição dos constructos em análise pelas variáveis que compõem a escala. Os testes adicionais da última coluna indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com as dimensões, sendo os valores das correlações significativamente superiores ao mínimo desejável de 0,300, variando entre 0,549

para o item 8 e 0,751 para o item 14 relativamente à dimensão 1, e entre 0,676 para o item 2 e 0,803 para o item 6 relativamente à dimensão 2. Ambos os resultados sinalizam, desse modo, que a PCL-5 apresenta excelentes propriedades psicométricas.

Pesquisas chinesas, realizadas no ano de 2020 com estudantes de instituições superiores da China, encontraram, à análise da consistência interna da PCL-5, um Alfa de *Cronbach* de 0,96 (Yang et al., 2022; Zhen et al., 2022), mesmo número verificado para nossa escala global, corroborando os achados aqui apresentados. Elbarazi (2022), em estudo aplicado com universitários residentes no Egito, obteve um Alfa de 0,93 para a referida escala, quantia esta que se enquadra abaixo das percebidas neste trabalho, mas mantém-se na faixa de valores atribuídos a uma consistência interna de caráter adequado.

Isso demonstra que a PCL-5 é um instrumento indicado e confiável para analisar, como proposto, os sintomas de TEPT. A ótima performance, à investigação da consistência interna, evidencia a sua alta fidedignidade, o que significa afirmar que a escala mensura adequadamente as manifestações de estresse pós-traumático e fornece dados confiáveis, viabilizando a avaliação apropriada e o estudo do transtorno no contexto de interesse, bem como a sua utilização em situações diversas por outros investigadores (Hutz et al., 2019).

Quanto à contribuição, é válido ressaltar que este estudo viabilizou a identificação de manifestações sugestivas de TEPT entre os estudantes universitários ante o contexto de Covid-19, bem como demonstrou a eficácia da escala PCL-5 nas aplicações referentes ao estresse pós-traumático.

Conclusão

A pandemia configura um quadro de crise sanitária que, com suas particularidades, impactou a saúde mental da população mundial, conduzindo-a ao adoecimento mental ou agravando os quadros mentais preexistentes. Isso não foi diferente entre o público universitário que, para além do mencionado, vivencia os desafios próprios de uma graduação, os quais, em virtude do isolamento imposto pelo cenário pandêmico, foram acrescidos de novos, conduzindo

esse grupo a estados de sofrimento mental, como o estresse pós-traumático, objeto deste estudo.

Com a aplicação da PCL-5 em estudantes do Ensino Superior no contexto da pandemia de Covid-19, foi possível analisar as respostas de estresse pós-traumático entre os membros desse grupo. Verificou-se que os universitários, em sua maioria, são do sexo feminino, autodeclarados pardos e solteiros. As pontuações na escala PCL-5 evidenciaram um predomínio na dificuldade de concentração, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas e lembranças ruins e repetitivas acerca do episódio traumático. Em contrapartida, notou-se que os acadêmicos submetem-se pouco a situações de risco próprio, uma vez que representam um dado positivo.

A análise da consistência interna da PCL-5, por sua vez, mostrou um valor de Alfa de *Cronbach* adequado e a inexistência de correlações negativas entre os itens do instrumento e suas dimensões. Esse achado revelou a posse, por parte da escala, de excelentes propriedades psicométricas, as quais traduzem-se na adequada capacidade da PCL-5 em medir os construtos associados ao transtorno de estresse pós-traumático.

No quesito limitações, cumpre frisar que a ausência de estudos anteriores semelhantes a este, bem como o método de coleta de dados ter compreendido um questionário de autorrelato abrangem entraves, uma vez que este pode ter sofrido prejuízos por conta da memória e/ou cansaço dos universitários, abordados em período pandêmico, e aquele limita a generalização dos achados. Ademais, o acesso aos participantes de modo *on-line* também pode caracterizar-se como uma limitação deste estudo.

Diante disso, ressalta-se a necessidade de novas pesquisas acerca da temática, tanto para investigar e estabelecer relações com variáveis não averiguadas neste estudo como para identificar os desdobramentos dessa questão de saúde mental nos âmbitos estudantil e pessoal da vida dos universitários nos anos pós-pandêmicos. Assim, uma vez conhecida profundamente, os cuidados inspirados pela situação poderão ser devidamente proporcionados, evitando o completo prejuízo das formações superiores desenroladas ao longo da pandemia.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Artmed.
- Barnhill, J. W. (2020a, abril). Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). *Manuais MSD — Versão para Profissionais de Saúde*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/transtorno-de-estresse-p%C3%B3s-traum%C3%A1tico-tept>
- Barnhill, J. W. (2020b, abril). Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). *Manual MSD — Versão Saúde para a Família*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArios-de-sa%C3%BAde-mental/ansiedade-e-transtornos-relacionados-ao-estresse/transtorno-de-estresse-p%C3%B3s-traum%C3%A1tico>
- Barros, M. B. A., Lima, M. G., Ceolim, M. F., Zancanella, E., & Cardoso, T. A. M. O. (2019). Quality of sleep, health and well-being in a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 53(82), 1-12. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001067>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Costa, A. R., & Rodrigues, A. (2020). *Os desafios do ensino remoto em tempos de pandemia no Brasil*. [Apresentação de trabalho]. 7º Congresso Nacional de Educação, Centro Cultural de Exposições Ruth Cardoso, Maceió, Alagoas. Recuperado de https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD4_SA19_ID6370_30092020005800.pdf
- Elbarazi, A. S. (2022). Post-traumatic stress disorder and difficulties in emotion regulation among university students under the COVID-19 condition. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 22(1), 87-102. <https://doi.org/10.24193/jebp.2022.1.5>
- Emygdio, N. B., Fuso, S. F., Mozzambani, A. C. F., Acedo, N. A., Rodrigues, C. C., & Mello, M. F. (2019). Efeitos do transtorno de estresse pós-traumático na memória. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(e174817), 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003174817>
- Fundação Oswaldo Cruz. (2020). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19*. Ministério da Saúde.
- Gusso, H. L., Archer, A. B., Luiz, F. B., Sahão, F. T., Luca, G. G., Henklain, M. H. O., Panosso, M. G., Kienen, N., Beltramello, O., & Gonçalves, V. M. (2020). Ensino superior em tempos de pandemia: diretrizes à gestão universitária. *Educação & Sociedade*, 41, e238957. <https://doi.org/10.1590/ES.238957>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Sílabo.
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2019). *Psicometria*. Artmed.
- Kalaitzaki, A., Tsouvelas, G., Tamiolaki, A., & Konstantakopoulos, G. (2021). Post-traumatic stress symptoms during the first and second COVID-19 lockdown in Greece: Rates, risk, and protective factors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(1), 153-166. <https://doi.org/10.1111/inm.12945>
- Khan, S., Siddique, R., Li, H., Ali, A., Shereen, M. A., Bashir, N., & Xue, M. (2020). Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *Journal of Global Health*, 10(1), 1-6. <https://doi.org/10.7189%2Fjogh.10.010331>
- Macêdo, D. P. L., Silva, D. D. N. S., Magalhães, J. M., Batista, P. V. S., Amorim, F. C. M., Carvalho, C. M. S., & Gonçalves, B. M. (2022). Impacto da pandemia na saúde mental dos discentes de enfermagem no contexto da COVID-19. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(39), e-02128. <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.39-art.1456>
- Maia, J. T. M., Souza, O. J. M., Júnior, & Sampaio, E. C. (2020). Saúde mental de estudantes de terapia ocupacional e o ambiente acadêmico. *Revista Contexto & Saúde*, 20(41), 121-133. <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2020.41.121-133>

- Marqueses, J. M. S., Sanz, J., García-Vera, M. P., Morán, N., & Eisma, M. C. (2023). Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms following potentially traumatic events: latent classes and cognitive correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 211(2), 141-49. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001580>
- Muller, M. R., & Guimarães, S. S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 519-528. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400011>
- Muñiz, J., Fidalgo, A. M., García-Cueto, E., Martínez, R. J., & Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. La Muralla.
- Oliveira, E. N., Vasconcelos, M. I. O., Almeida, P. C., Pereira, P. J. A., Linhares, M. S. C., Ximenes Neto, F. R. G., & Aragão, J. M. N. (2022). Covid-19: repercussões on the mental health of higher education students. *Saúde em Debate*, 46(spe1), 206-220. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E114>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2023). *Histórico da pandemia de COVID-19*. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
- Osório, F. L., Silva, T. D. A., Santos, R. G., Chagas, M. H. N., Sanches, R. F., & Crippa, J. A. S. (2017). Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): transcultural adaptation of the Brazilian version. *Archives of Clinical Psychiatry*, 44(1), 10-19. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000107>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Artmed.
- Qian, M., Wu, Q., Wu, P., Hou, Z., Liang, Y., Cowling, B. J., & Yu, H. (2020). Anxiety levels, precautionary behaviours and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: a population-based cross-sectional survey. *BMJ Open*, 10(10), e040910. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040910>
- Raposo, M. C. F., Cordeiro, G. M., & Farias, M. L. S. (2022). Como evoluíram os níveis de estresse e ansiedade em docentes e discentes universitários durante a pandemia da COVID-19? Um estudo transversal repetido. *Brazilian Journal of Development*, 8(5), 36122-36131. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n5-223>
- Rouquayrol, M. Z., & Gurgel, M. (2017). *Epidemiologia e saúde*. MedBook.
- Santos, L. L., Nery, N. M. L., Carvalho, E. R., & Cecilio-Fernandes, D. (2021). Transição do ensino presencial para o remoto em tempos de COVID-19: perspectiva docente. *Scientia Medica*, 31(1), e39547. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.39547>
- Sartor, C. E., McCutcheon, V. V., Pommer, N. E., Nelson, E. C., Grant, J. D., Duncan, A. E., Waldron, M., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., & Heath, A. C. (2010). Common genetic and environmental contributions to post-traumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. *Psychological medicine*, 41(7), 1497-1505. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002072>
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., & Haag Kristensen, C. (2011). Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*, 16(1), 67-73. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100008>
- Shih, C. H., Zhou, A., Grider, S., Xie, H., Wang, X., & Elhai, J. D. (2023). Early self-reported post-traumatic stress symptoms after trauma exposure and associations with post-traumatic stress disorder diagnosis at 3 months: latent profile analysis. *BJPsych Open*, 9(1), e27. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.1>
- Yang, X., Xu, Y., Tan, R., & Zhou, X. (2022). Event centrality and post-traumatic stress symptoms among college students during the COVID-19 pandemic: the roles of attention to negative information, catastrophizing, and rumination. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2078563. <https://doi.org/10.1080/2F20008198.2022.2078563>

Zhai, Y., & Du, X. (2020). Addressing collegiate mental health amid COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research, 288*, 113003. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113003>

Zhen, B., Yao, B., & Zhou, X. (2022). Pandemic exposure, post-traumatic stress disorder, conflict behaviors, and online aggressive behaviors among college students during the COVID-19 pandemic: examining the moderating role of gender. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 809173. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.809173>

O Impacto da Pandemia de Covid-19 em Indivíduos com Anorexia

Débora Manuela Serra Ferreira¹ e Ivonise Fernandes da Motta²

Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

Resumo: A pandemia de Covid-19 provocou mudanças significativas nos variados campos da sociedade, instalando um cenário impactante na saúde da população. Neste estudo, buscou-se verificar a percepção de indivíduos diagnosticados com anorexia e como se relacionam com a comida, além da percepção de seus comportamentos compensatórios durante a pandemia. A pesquisa teve delineamento transversal com abordagem qualitativa na análise dos dados. A amostragem foi composta por três participantes diagnosticados com anorexia, os quais responderam a um questionário *on-line*. Foi efetuada uma análise de conteúdo mediante a qual se identificaram cinco categorias resultantes do questionário: 1) relação com a comida durante a pandemia de Covid-19; 2) comportamentos compensatórios antes e durante a pandemia. Dessa forma, foi possível verificar nesta amostra que as preocupações decorrentes da pandemia tiveram efeitos significativos nas mudanças dos hábitos alimentares, ademais do aumento de culpa e frustração ao ingerir alimentos, como também aumento da restrição alimentar. A redução da frequência no consumo diário de alimentos e de calorias em cada refeição foi recorrente na pandemia, juntamente com o aumento de frustração, culpa, tristeza, angústia, ansia e indisposição ao ingerir alimentos. Baseando-se nas respostas obtidas, pôde-se detectar que os participantes evidenciaram uma inter-relação da frequência dos comportamentos compensatórios com as preocupações decorrentes da pandemia. Com tais resultados, pode-se afirmar que os impactos constatados podem ser ainda muito mais graves ou profundos, alertando para a necessidade de ampliar a visão desse cenário complexo que é a anorexia no contexto de crise mundial da pandemia de Covid-19.

Palavras-chave: anorexia, pandemia de Covid-19, comportamento compensatório, comportamento alimentar

The Impact of the Covid-19 Pandemic on Individuals with Anorexia

Abstract: The COVID-19 pandemic caused significant changes in the various fields of society, creating an impactful scenario on the health of the population. In this study, we sought to verify the perception of individuals diagnosed with anorexia and how they relate to food, in addition to the perception of their compensatory behaviors during the pandemic. The research had a cross-sectional design with a qualitative approach in data analysis. Sampling consisted of three participants diagnosed with anorexia, who answered an online questionnaire. A content analysis was carried out through which five categories resulting from the questionnaire were identified: 1) Relationship with food during the COVID-19 pandemic; 2) Compensatory behaviors before and during the pandemic. In this way, it was possible to verify in this sample that the concerns arising from the pandemic had significant effects on changes in eating habits, in addition to the increase in guilt and frustration when eating food, as well as an increase in food restriction. The reduction in the frequency of daily food consumption and calories at each meal was recurrent during the pandemic, along with an increase in frustration, guilt, sadness, anguish, eagerness and indisposition when eating food. Based on the responses obtained, it was possible to detect that the participants showed an interrelationship between the frequency of compensatory behaviors and the concerns arising from the pandemic. With such results, it can be said that the impacts found can be even more serious or profound, alerting to the need to broaden the vision of this complex scenario that is anorexia in the context of the global crisis of the COVID-19 pandemic.

Keywords: anorexia, Covid-19 pandemic, compensatory behavior, eating behavior

¹ Psicóloga. Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). *E-mail:* debbserra90@gmail.com

² Professora Doutora e Livre Docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). *E-mail:* ivonise@usp.br

Submetido em: 08/08/2023. Primeira decisão editorial: 25/09/2023. Aceito em: 04/12/2023.

Introdução

Dada a diversidade dos transtornos alimentares e a busca por compreendê-los, há uma investigação presente em diversas áreas científicas da saúde, exigindo, cada vez mais, uma articulação teórica e prática entre elas. Dentre os transtornos alimentares que vêm requerendo maior atenção nas últimas décadas está a Anorexia. A Anorexia Nervosa configura-se como marcante distúrbio, sendo cada vez mais estudada devido às implicações na vida do sujeito e ao aumento do número de casos constatados nos últimos anos. De acordo com dados do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM, 2020), Programa de Tratamento de Transtornos Alimentares realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o aumento do número de casos de transtornos alimentares é significativo, estimando-se que, ao longo da vida, entre 0,5 e 4% das mulheres terão anorexia e de 1 a 4,2% bulimia. Além desses índices alarmantes, outro dado que chama a atenção é que, de acordo com Assumpção e Cabral (2002), a anorexia tem o risco de mortalidade em torno de 5 a 15% dos casos, apresentando a maior taxa de mortalidade dentre todos os distúrbios psiquiátricos, em torno de 0,56% ao ano. Estes autores ainda ressaltam que este valor é 12 vezes maior que a mortalidade das mulheres jovens na população em geral.

Ainda nesta linha de discussão, Ferreira (2010) aponta que, de acordo com a Associação Brasileira de Transtornos Alimentares (ASTRAL), a incidência de novos casos de anorexia é de mais de 11 por 100.000 pessoas por ano e, de bulimia, é de 18 novos casos por 100.000 pessoas por ano, mostrando que a incidência de bulimia é maior que a de anorexia. No que se refere às diferenças de gênero, a anorexia é 10 vezes mais comum no gênero feminino do que no masculino (Leonidas & Santos, 2015). Em relação à bulimia, a taxa de prevalência ao longo da vida para o sexo feminino é duas vezes maior do que para o sexo masculino, com estimativas de 2,59% e 1,21%, respectivamente. Nos Estados Unidos, a prevalência ao longo da vida de bulimia em homens e mulheres foi estimada em 0,5% e 1,5% (Barakat & Maguire, 2023; Patel et al., 2018). O gênero feminino, geralmente, é o mais impactado pelas

pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos, ficando mais suscetível aos transtornos alimentares, representando 95% dos casos (Kirsten et al., 2009).

Objetivo deste estudo foi verificar a percepção de indivíduos diagnosticados com anorexia e como se relacionam com a comida durante a pandemia. Além disso, também foi investigada a percepção dos participantes sobre os seus comportamentos compensatórios durante tal período. Para a análise dos dados, utilizou-se como embasamento teórico a perspectiva winnicottiana, tendo-se um delineamento transversal com abordagem qualitativa de análise de conteúdo no exame dos dados.

Segundo Sikaroudi et al. (2021), a SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave – Covid-19) infectou pessoas em todo o mundo e levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar essa propagação como emergência de saúde pública de interesse internacional. Desse modo, a quarentena instalada em quase todos os países do mundo isolou a humanidade do convívio social, familiar, escolar e profissional, causando diversos impactos psicológicos e sofrimentos subjetivos.

Os riscos clínicos decorrentes do coronavírus não tinham sido totalmente definidos no começo da pandemia, sendo adotada como primeira medida a quarentena e, como estratégia geral, o distanciamento social (Freitas et al., 2020). Para esses autores, tais medidas impactaram a vida da população, gerando angústia, medo, incerteza, dúvida, desamparo, solidão, dentre outros aspectos psíquicos. Sendo assim, ainda de acordo com esses autores, apresentando dados da OMS, em 18 de março de 2020, os casos confirmados da COVID-19 já haviam ultrapassado 214 mil em todo o mundo. Como pontuam Ornell et al. (2020), tais incertezas trouxeram consequências para a saúde mental da população, pois em uma pandemia o medo aumenta os níveis de ansiedade e estresse, intensificando os sintomas dos indivíduos com transtornos pré-existentes. Esses mesmos autores ressaltam que, durante as epidemias, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior que o número de pessoas afetadas pela infecção, além de que as implicações e consequências na saúde mental podem ter uma maior duração e prevalência do que a própria epidemia.

Um estudo realizado em 2020 mostrou que pacientes infectados com Covid-19, ou com a suspeita de infecção, podem apresentar intensas reações emocionais e comportamentais, como ansiedade, insônia, raiva, tédio, solidão, medo, e que essas condições podem desencadear transtornos depressivos, ansiedade ou levar ao suicídio (Brooks et al., 2020). Ainda nesse sentido, Kallas (2020) aponta que, no início da pandemia, com o isolamento social, a apreensão e o medo de ser contaminado eram predominantes; entretanto, com o tempo, além dos quadros de ansiedade, emergiram as crises de pânico, os quadros depressivos, ideias suicidas, a piora dos quadros obsessivo-compulsivos, com ferimentos das mãos e braços pelo uso excessivo de álcool, o desencadeamento de transtornos alimentares, como compulsões por comida, bulimia e anorexia, aumento da obesidade e do consumo de álcool e drogas. Estudos de Cheung et al. (2020) e Ai et al. (2020) mostram, também, que a prevalência de sintomas gastrointestinais entre os pacientes infectados por Covid-19 é de cerca de 18%, sendo acompanhados por outros sintomas, e podem aparecer associados à anorexia e intolerância alimentar.

A anorexia é um dos transtornos alimentares que vem requerendo maior atenção nas últimas décadas, configurando-se como importante distúrbio, cada vez mais estudada, em razão das implicações negativas na vida dos indivíduos e do aumento do número de casos constatados nos últimos anos. Caracteriza-se pela excessiva preocupação com a forma e peso corporais, levando o indivíduo à perda exagerada do peso pela restrição do consumo energético, omissões de refeições e uso de recursos compensatórios, como atividades físicas excessivas, vômitos autoinduzidos e uso de diuréticos (Harrington et al., 2015). Uma revisão sistemática de 12 estudos de incidência na população geral demonstrou incidência média anual de anorexia de 18,5 por 100.000 em mulheres e de 2,25 por 100.000 por ano em homens, indicando, ainda, que há evidências limitadas de alterações na incidência geral da AN no decorrer do tempo (Pawluck & Gorey, 1998). Naquela época, autores como Faria e Shinohara (1998) ainda ressaltavam que mais de 10% dos que sofrem de anorexia morrem em decorrência do distúrbio. Nesse sentido, fazendo um

comparativo com datas mais atuais, passada mais de uma década das publicações citadas, a questão se apresenta de forma semelhante, conforme autores constatarem que a taxa de mortalidade de indivíduos com transtornos alimentares é significativamente elevada, sendo as taxas mais altas entre aqueles com anorexia, apresentando uma média de 5,1 em relação a mortes de 1.000 pessoas-ano (Arcelus et al., 2011). Ainda nessa perspectiva, em um estudo mais recente de revisão crítica da literatura, afirma-se que os dados sobre a prevalência de transtornos alimentares são limitados (He, 2022). Já em outro estudo desenvolvido nos Estados Unidos, por Udo e Grilo (2018) em 2018, utilizou-se uma amostra nacional de 36.309 adultos para afirmar que os números são preocupantes, apresentando taxas de prevalência indicativas de que a anorexia foi de 0,05% e a prevalência ao longo da vida foi de 0,80%, autorizando o autor a prever que milhões de americanos sofrerão de anorexia em algum momento de sua vida (Udo & Grilo, 2018).

A Anorexia Nervosa na Perspectiva Winnicottiana

Para um maior aprofundamento no assunto, será desenvolvida a concepção de Winnicott sobre os transtornos alimentares. Para isso, torna-se fundamental a compreensão do entendimento do autor sobre a constituição psíquica. Para Winnicott, a constituição psíquica desenvolve-se a partir da relação mãe-bebê, sendo essa relação de cuidado uma importante base para as condições essenciais de proteção e de sustentação física e emocional, em que o desenvolvimento dos processos de integração das experiências sensoriais e emocionais, bem como a formação de uma unidade existencial e psicossomática estão emergentes (Winnicott, 1967/2011). Conforme os pressupostos da teoria winnicottiana, todo ser humano, ao nascer, é totalmente dependente da mãe, principalmente para se alimentar. A mãe oferece o ambiente facilitador para que o bebê cresça e forme sua constituição psíquica saudável. Falhas nesse processo podem provocar interrupções ou distorções no desenvolvimento da criança (Winnicott, 1963/1983b).

Como Ferreira e Aiello-Vaisberg (2006) descrevem, Winnicott trabalhou durante a Segunda Guerra Mundial em diversas situações que envolviam a separação de familiares, inclusive de crianças que eram enviadas a cidades vizinhas como forma de proteção ante os ataques e bombardeios da guerra. Nessa perspectiva, Justo e Buchianeri (2010) escrevem que o contato de Winnicott com tais situações possibilitou a sua percepção sobre as manifestações psicológicas emergentes, fruto dos acontecimentos da guerra, principalmente quanto aos impactos das destruições do ambiente familiar — uma ruptura repentina dos laços afetivo-emocionais que afetou um número grande de crianças desabrigadas. Tais percepções despertaram a necessidade de análise desse impacto do ambiente sobre a subjetividade nas vivências de rupturas repentinas das referências psicológicas básicas do sujeito.

Desse modo, Winnicott (1988/1990) observou a importância da família no amadurecimento emocional do sujeito, destacando que o ambiente capaz de proporcionar um bom *holding* (sustentação) e um bom *handling* (manejo) ao bebê proporciona um cuidado físico, portanto, um cuidado psicológico. A partir dessas vivências, segundo Schlegl, Maier et al. (2020), Winnicott pôde aprofundar sobre a sua concepção da importância de um ambiente facilitador, compreendendo que um ambiente que atende as necessidades individuais nas fases iniciais proporciona condições favoráveis para o amadurecimento, enquanto o não atendimento dessas necessidades pode gerar angústias, ansiedades e frustrações.

Nesse sentido, para Winnicott (1979/1983a), o processo de personalização significa a integração entre a psique e o soma. No primeiro momento de vida, tal integração não existe, o que existe são necessidades vitais que devem ser satisfeitas pela mãe de uma forma acolhedora e protetora, fornecendo ao bebê proteções das invasões do ambiente, visto que este não possui ainda recursos psíquicos para fazê-lo. Desse modo, as falhas deste ambiente no cuidado às necessidades vitais do bebê podem ser sentidas como invasões ambientais sobre seu corpo, causando nele a vivência do que Winnicott denominou de angústias impensáveis, diante das quais só há um tipo de reação possível devido a esta falta de recursos

psíquicos, sendo essas as manifestações corporais. Para Winnicott (1979/1983a), este momento inicial fornece ao bebê a oportunidade de fazê-lo sentir, de forma ilusória, que o seio da mãe é parte dele mesmo e que está sob o seu controle onipotente. Dessa forma, no momento em que o ambiente falha em atender às necessidades vitais do bebê, cria-se então a possibilidade, para que o bebê vá, de forma progressiva, buscando formas de satisfazê-las. É nesse momento das falhas benignas que torna-se possível a criação de um campo de manipulação de elementos que lhe são apresentados pela mãe e que permite ao bebê ir transformando-os em objetos subjetivamente concebidos e em seguida em objetos transicionais, representantes desse cuidador que se ausenta para então, mais tarde, o bebê ser capaz de perceber o mundo e os objetos como objetivamente percebidos. Desse modo, esse processo possibilita o desenvolvimento da constituição paulatina, pelo bebê, de uma distinção entre os mundos interno e externo. Nesse movimento, Winnicott (1988/1990) descreve que as sensações corporais vão produzindo, ao decorrer do tempo, sensações psíquicas. A partir dessa articulação entre sensações, Winnicott propõe que há uma paulatina integração entre o soma e a psique que acompanha o crescimento e desenvolvimento emocional do bebê ao decorrer de sua vida. No processo desse desenvolvimento, as sensações fisiológicas inicialmente sem significações, vão recebendo, em pequenas doses e de forma gradativa, sentidos e elaborações significantes.

Partindo da perspectiva de que a pandemia de Covid-19 gerou impactos em diversos setores da sociedade, neste trabalho partiu-se da percepção de que a pandemia de Covid-19 se configura, de modo geral, como uma guerra. Nesse sentido, isolados em casa e com poucos recursos para buscar amparo para os seus conflitos, os pacientes encontraram no processo psicoterapêutico *on-line* uma resposta para atravessar esse período de “guerra”, cujo inimigo invisível, mas mortal, o coronavírus, estava em todos os lugares. Dessa forma, o trabalho do psicólogo e psicanalista como possibilidade de amparo durante a época de pandemia se mostrou muito importante, suscitando a necessidade de um olhar para o entorno social do sujeito.

Dessa forma, como pensar os impactos decorrentes do coronavírus no cotidiano daqueles que manifestam conflitos desta natureza na área da alimentação? Considerando que a pandemia causou mudanças drásticas em diversos campos da sociedade, como o da saúde, social, cultural, econômico, político, de que forma ela impactou a subjetividade e o campo do psiquismo daqueles com problemas alimentares? Esse estudo foi norteado com vistas a testar a hipótese básica de que os aspectos restritivos das medidas preventivas adotadas pela saúde pública, como o isolamento social, potencializaram os elementos evidenciadores do quadro representativo da própria anorexia, como a relação com a comida e a frequência de comportamentos compensatórios.

Metodologia

Este estudo tem delineamento transversal com abordagem qualitativa de análise de conteúdo no exame dos dados com embasamento de referencial teórico de D. W. Winnicott.

Participantes

A amostra foi composta por três participantes, que responderam ao questionário *on-line* e atenderam aos critérios básicos adotados para a pesquisa: idade mínima de 18 anos, diagnosticados com anorexia e ter acesso à internet. Para aqueles que não preenchiam tais requisitos, o questionário foi automaticamente fechado apresentando uma mensagem de agradecimento pela intenção e disponibilidade de participação na pesquisa. Os participantes tiveram acesso ao *link* do questionário por meio das redes sociais de forma aleatória. A restrição do número de participantes a um grupo de três foi devido ao fato de este trabalho ser um estudo com foco qualitativo, pois uma amostra maior dificultaria muito a análise dos dados.

Instrumento

Os dados foram coletados por meio de um questionário *on-line*, com perguntas abertas e fechadas, utilizando-se, a priori, como ferramenta

de suporte, a plataforma de pesquisa Google Forms, disponibilizada em um *link* nas redes sociais, sendo este totalmente anônimo e sigiloso. Portanto, o questionário constituiu-se em duas seções, sendo a primeira formada por perguntas fechadas sobre os Dados Sociodemográficos e a segunda seção com perguntas abertas, com o direcionamento para a investigação dos objetivos da pesquisa. O questionário compunha-se de 28 perguntas, com uma média de tempo para resposta de 10 a 15 minutos, ao todo. As perguntas do questionário, que são originais desta pesquisa, foram estruturadas, criadas e elaboradas mediante leituras dos estudos sobre essa temática, tendo como principal referência dois estudos realizados na Alemanha em maio e junho de 2020, de Schlegl, Maier et al. (2020) e Schlegl, Meule et al. (2020). O questionário teve como proposta investigar a percepção de indivíduos diagnosticados com anorexia e sua própria relação com a comida, como também investigar a percepção dos participantes sobre os seus comportamentos compensatórios durante a pandemia de Covid-19.

Procedimentos

O procedimento de coleta de dados deu-se por questionário *on-line*, que foi desenvolvido considerando a impossibilidade de encontro presencial com os participantes em razão da pandemia. Desse modo, foram contatados por meio de um convite em forma de texto via redes sociais, juntamente ao *link* com o direcionamento direto para o questionário. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e seus direitos na primeira página do questionário, em que também se apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A liberação para o início das perguntas do questionário somente era autorizada após a concordância ao TCLE pelo participante.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de 11/03/2022 a 11/04/2022. Para tanto, foi disponibilizado um *link* nas redes sociais, sendo este totalmente anônimo e sigiloso.

Análise dos dados

Os dados foram analisados de acordo com a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), constituindo-se no método de dedução frequencial e análise por categorias temáticas. De acordo com Caregnato e Mutti (2006), a primeira se refere na enumeração da ocorrência de um mesmo signo linguístico (palavra) que se repete com frequência e que culmina tanto em descrições numéricas como no tratamento estatístico. A análise por categorias temáticas tem o intuito de encontrar uma série de significações e de codificar ou caracterizar um segmento, colocando-o em uma das classes de equivalências definidas, a partir das significações. Desse modo, a análise de dados foi feita em cinco etapas: 1) leitura inicial do material coletado; 2) pré-análise utilizando-se a leitura flutuante e organização do material mediante uma transcrição do questionário para o texto escrito; 3) exploração do material, consistindo na junção das respostas coletadas, transcrevendo-as exatamente como foram respondidas pelos participantes; 4) elaboração das categorias de acordo com as respostas coletadas, criando-se unidades de acordo com a frequência de uma mesma palavra e de um mesmo tema; 5) tratamento dos resultados utilizando-se uma aproximação do referencial teórico psicanalítico para a interpretação e embasamento analítico dos dados.

Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) e recebeu o protocolo de número 5.254.318 em 21/02/2022. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que orientava sobre os objetivos, sigilo e cuidados que a pesquisa teria com os dados.

Resultados e Discussão

Em relação ao perfil sociodemográfico, constatou-se que dois dos participantes têm idade entre 26-30 anos e um entre 18-25 anos. Quanto aos

dados da identificação de gênero, dois se identificam com o gênero feminino e um com o gênero masculino. Com relação à principal atividade que exercem, os três participantes responderam que são estudantes. Na pergunta sobre a escolaridade, dois responderam ter concluído o Ensino Superior e um tem o Ensino Superior incompleto. Dois participantes são solteiros e um é casado/união estável.

Quanto ao tempo em que os participantes foram, pela primeira vez, diagnosticados por um profissional, dois responderam ser entre 10 a 20 anos e um a menos de cinco. Dois diagnosticados por médicos psiquiatras e um por psicólogo.

Investigando sobre a Avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC = peso em quilograma dividido pelo quadrado da altura em metros), adotado pela World Health Organization (WHO, 2000), verificou-se que o primeiro participante está com o IMC de 15,6 (altura 1,71 m e peso 45,6 kg), o segundo participante com o IMC de 19,5 (altura 1,68 m e peso 55 kg) e o terceiro com o IMC de 17,8 (altura 1,64 m e peso 48 kg).

Questionados sobre o peso durante a pandemia de Covid-19, dois relataram que o peso diminuiu e um relatou que não ocorreu alteração do peso. Dos que relataram a redução do peso, um afirmou ter reduzido 6 kg e o outro 8 kg. Os três participantes consideram que ocorreu um aumento da restrição alimentar.

No quesito modificação do hábito alimentar durante a pandemia, um respondeu que não e dois responderam que perceberam mudanças. Sobre o nível de consumo diário de alimentos, considerando quantidade e frequência das refeições, dois perceberam uma diminuição e um que houve aumento. Quanto à quantidade de calorias de cada refeição, obtiveram-se os seguintes resultados: dois responderam que ocorreu uma redução de calorias em cada refeição e um disse ter havido um aumento. Já se tratando sobre a quantidade total (diária), em média, de calorias das refeições, obtiveram-se os seguintes resultados: 1.000 a 1.500 calorias; 1.600 calorias; 300 calorias.

Perguntado qual é o sentimento ao ingerir algo muito calórico, obtiveram-se as respostas: aumento de frustração, culpa, tristeza, angústia, ansia, indisposição. Não se obteve nenhuma resposta

para: raiva, desespero, nojo, medo, ansiedade, alegria, felicidade, alívio, satisfação, prazer.

Quanto à preocupação com as consequências decorrentes da pandemia, tais como o risco de contaminação pelo coronavírus, situação financeira, situação no trabalho e disponibilidade de alimentos, dois responderam ter havido um aumento do nível de preocupação, enquanto um teve sua preocupação diminuída. Os dois participantes que indicaram aumento da preocupação responderam que observaram mudanças em sua relação com a comida.

Após uma leitura detalhada das respostas de cada questionário, procedeu-se a um agrupamento por categorias dessas respostas. Com isso, chegou-se à elaboração de duas categorias, nominadas e agrupadas da seguinte forma: primeira categoria — *relação com a comida durante a pandemia de Covid-19*; segunda categoria — *comportamentos compensatórios antes e durante a pandemia*.

Este estudo não buscou correlacionar a ocorrência da Anorexia com o gênero, mesmo porque ficaria difícil fazer essa correlação dado o baixo número de respondentes. No entanto, vale frisar que, em estudo analisado, de Leonidas e Santos (2015), a anorexia é dez vezes mais comum no gênero feminino do que no masculino. Além desses dados, nessa mesma linha de pesquisa, Kirsten et al. (2009) apontam que o gênero feminino, geralmente, é o mais atingido pelas pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos, ficando mais suscetíveis aos transtornos alimentares, representando 95% dos casos.

No que concerne à idade, constatou-se que os três participantes responderam ter entre 18 e 30 anos. Levando em consideração que neste estudo optou-se por restringir o acesso de “menores de idade”, porque isso envolveria questões éticas e legais, deve ser destacado, conforme relatado por alguns autores, como Oliveira e Hutz (2010), que os transtornos alimentares atingem, predominantemente, a população mais jovem, estimando uma ocorrência entre 0,5 e 1,0% para a anorexia em adolescentes do gênero feminino. Ressalta-se que alguns estudos, como, por exemplo, o de Alves et al. (2008), indicam que o início da anorexia geralmente acontece na

adolescência, em razão das preocupações com as mudanças do corpo, o que exige uma readaptação à imagem corporal. Nesse sentido, um estudo de Dunker e Philipp (2003) detectou a prevalência de 21% de sintomas de anorexia em adolescentes com idade entre 15 e 18 anos. Já outro estudo de Fiates e Salles (2001) detectou, entre estudantes universitárias de 19 a 25 anos, um índice de 22,2% de prevalência de sintomas do distúrbio.

Para dar início à discussão do índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes, é apresentada a classificação da OMS (WHO, 2003), sendo o IMC < 18,5 considerado baixo peso, 18,5 a 24,9 faixa normal, 25 a 29,9 sobrepeso, 30 a 34,9 obesidade grau I, 35 a 39,9 obesidade grau II e, por último, ≥ 40 obesidade grau III.

Segundo a classificação do peso corporal pelo IMC, desenvolvida pela OMS, verificou-se que dois dos três participantes (IMC 15,6 e IMC 17,8) estão com baixo peso. O baixo peso pode trazer diversas complicações, como demonstrado no estudo de Gosseume et al. (2019), que analisou as complicações somáticas e manejo nutricional dos pacientes com anorexia, e identificou-se que distúrbios cardíacos, baixa densidade mineral óssea, anemia, leucopenia, trombocitopenia, distúrbios digestivos, hipertransaminasemia, distúrbios hepáticos e endócrinos, complicações infecciosas, hipocalemia e hiponatremia são causas da deficiência de nutrientes provocadas pela doença. Esses mesmos autores concluem que o manejo da anorexia deve ser multidisciplinar, envolvendo psiquiatras, médicos somáticos, psicólogos e nutricionistas. Muitas vezes, as complicações somáticas podem estar em primeiro plano, quando a desnutrição é grave, crônica e impõe cuidados altamente especializados.

Na primeira categoria, nomeada de *Relação com a comida durante a pandemia de Covid-19*, o agrupamento constituiu-se pelas respostas referentes à percepção dos participantes sobre sua própria relação com a comida durante a pandemia.

O valor médio diário de calorias para adultos saudáveis determinado pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura é o valor de 2.000 calorias diárias (WHO, 2003). Tendo-se como referência esse número, os três participantes apresentaram uma média de calorias diárias abaixo

do considerado saudável para um adulto. Além disso, como demonstrado pela pesquisa, um dos participantes considera que ocorreu um aumento de calorias em cada refeição durante a pandemia, ou seja, embora atualmente o número de calorias ingeridas esteja abaixo do considerado saudável, antes da pandemia esse número era ainda menor.

Além das consequências fisiológicas, adentrando-se nos aspectos psíquicos, na pergunta do questionário “O que você sente quando ingere algum alimento calórico?”, os três participantes responderam sentir frustração, culpa, tristeza, angústia, ânsia e indisposição, mesmo com o baixo peso. Nesse contexto, percebe-se que as sensações manifestadas são diversificadas, com a prevalência de valores relacionados ao desprazer. De acordo com Torres e Guerra (2003), a culpa é uma emoção associada à responsabilidade pessoal pela violação de regras internas, sendo caracterizada pela sensação de ter feito algum ato reprovável, podendo estar associada ao medo, à vergonha e à cólera. Essas emoções são consideradas independentes para muitos autores; porém, esses mesmos autores concluíram em seus estudos que essas emoções surgem, frequentemente, em simultâneo. Neste sentido, percebe-se que os três participantes da pesquisa manifestaram essa questão, evidenciando que é complexo distinguir cada emoção e difícil escolher apenas uma. Este dado permite observar que há uma dificuldade em discriminar as emoções relacionadas à anorexia, mesmo partindo de sujeitos que sofrem deste transtorno.

Na pergunta do questionário sobre as alterações das refeições, dois dos três participantes responderam que consideram que houve uma mudança no seu hábito alimentar durante a pandemia, enquanto um participante considera não ter havido mudanças. Investigando mais a fundo sobre tais mudanças, os dois que relataram ter ocorrido alterações nas refeições responderam que a quantidade e a frequência de consumo diário de alimentos diminuíram durante a pandemia, enquanto o participante que respondeu não ter ocorrido alterações em suas refeições durante a pandemia, relatou que manteve a mesma quantidade e frequência diária de alimentos. Quanto aos níveis de calorias ingeridas nas refeições durante

a pandemia, as respostas foram as seguintes: um participante respondeu que varia de 1.000 a 1.500 calorias, já o outro respondeu ingerir 1.600 calorias e o terceiro participante teve um consumo de 300 calorias. Dois dos participantes consideram que houve uma redução de calorias em cada refeição durante a pandemia, comparado ao período anterior a pandemia, enquanto um participante considera ter havido um aumento de calorias em cada refeição.

Para Winnicott (1936/2000), o apetite está relacionado com a manifestação da voracidade do indivíduo. No artigo *O apetite e os problemas alimentares*, o autor descreve a voracidade como uma condição inerente ao ser humano, que, para manifestar-se, aparece muitas vezes por meio de sintomas. Em alguns casos, os sintomas alimentares são a via possível para tal manifestação (Winnicott, 1936/2000). Para o autor, os transtornos alimentares são classificados como transtornos psicossomáticos. Em suas palavras “são alterações do corpo ou funcionamento corporal associados a estados da *psique*” (Winnicott, 1988/1990, p. 44), constituindo-se como casos de cisão *psique*-soma em que não há diálogo entre as necessidades do corpo e as necessidades das emoções. Portanto, são casos de possíveis consequências da defesa de desintegração (Winnicott, 1964/1994). Entretanto, apesar dessa dissociação entre *psique* e o soma, os casos psicossomáticos, como os transtornos alimentares, são tentativas encontradas de manter a conexão entre eles. Na anorexia, as necessidades da mente não coincidem com as do corpo. Pensar a relação com a comida, em tempos de pandemia, implica pensar sobre as mudanças na proporção e oferecimento de comida, além das mudanças dos hábitos alimentares, dentro do núcleo de convívio do indivíduo. Neste contexto, como exemplo, durante a pandemia, muitos dos que faziam suas refeições fora de casa (trabalho, escola, faculdade, restaurantes em grupos sociais) passaram a fazê-las dentro das suas próprias casas, junto aos familiares. Pensar nesses fatores implica refletir sobre como essas mudanças tiveram possíveis repercussões em relação à comida daqueles com transtornos alimentares.

Os dados apresentados corroboram com os dados do estudo encontrado na literatura que faz referência a Winnicott (Costa, 2014), descrevendo

sobre a cisão *psique-soma* e a falta de diálogo que há entre as necessidades do corpo e das emoções. A autora desse estudo aponta que a defesa do indivíduo se volta no vínculo com o corpo, em vez de realizar essa defesa via intelectualização. Desse modo, as sensações de frustração, culpa, tristeza, angústia, ânsia e indisposição, percebidas ao ingerir algum alimento calórico, emergem por haver, possivelmente, uma falta de reconhecimento via intelectualização das necessidades corporais (calorias). Assim, são comunicadas através dessas alterações da frequência e quantidade de alimentos que se apresentam comprometidas para a fisiologia de um adulto saudável. Nesse sentido, pela abordagem winnicottiana dos fenômenos psicossomáticos, enfatiza-se primeiramente um exame da integração psicossomática do que uma classificação dos quadros clínicos que deveriam ser tomados como tal. Ou seja, para Winnicott (1954), não é o estado clínico em termos de uma patologia somática que deve ser considerado como o transtorno psicossomático, mas sim a persistência de uma relação abalada entre a psique e o soma no amadurecimento de uma pessoa. Um outro aspecto importante a ser ressaltado é que a perspectiva winnicottiana da psicossomática não aborda unicamente as afecções comumente tratadas como psicossomáticas pela medicina, mas colocando em ponto central a integração psique-soma na compreensão do amadurecimento emocional.

Na segunda categoria, *Comportamentos compensatórios antes e durante a pandemia*, o agrupamento foi feito de acordo com as respostas alusivas à percepção dos participantes com anorexia quanto aos seus comportamentos compensatórios, sendo estes o vômito autoinduzido, restrição alimentar, compulsão alimentar e o uso de diuréticos e/ou laxantes. Dessa forma, identificou-se que dois dos participantes consideram que praticam os vômitos autoinduzidos. Na questão da compulsão alimentar, dois responderam que não a praticam e um respondeu que a pratica. Em referência ao uso de laxantes e/ou diuréticos, um respondeu que faz uso. Todos responderam que praticam a restrição alimentar.

No que tange à frequência dos comportamentos compensatórios durante a pandemia, os três participantes responderam que a restrição alimentar

aumentou, enquanto um desses três participantes considera que também ocorreu aumento de vômito autoinduzido e do uso de laxantes e/ou diuréticos. Um participante respondeu que a compulsão alimentar diminuiu durante a pandemia. Nesse sentido, podemos constatar que apenas um participante faz uso de laxantes e/ou diuréticos e este avalia que ocorreu um aumento do uso durante a pandemia, além do aumento de frequência da restrição alimentar.

Dois dos participantes responderam que praticam os vômitos autoinduzidos e apenas um desses dois considera que houve aumento durante a pandemia, ademais do aumento de frequência da restrição alimentar. O único participante que pratica a compulsão alimentar considera que esta diminuiu durante a pandemia, apesar de avaliar que ocorreu um aumento da restrição alimentar durante a pandemia. Ou seja, a restrição alimentar foi o único comportamento compensatório que todos os participantes responderam praticar e que consideram ter aumentado a frequência durante a pandemia.

Quanto a outros aspectos apontados pelos participantes como efeitos da pandemia, dois dos participantes notaram que as preocupações quanto às consequências da pandemia — tais como o risco de contaminação pelo coronavírus, situação financeira, situação no trabalho e disponibilidade de alimentos — tenham aumentado, enquanto um participante percebeu que o nível de preocupação, ao contrário, diminuiu. A partir das respostas obtidas, pode-se detectar que os participantes evidenciam que ocorre uma inter-relação da frequência dos comportamentos compensatórios com as preocupações decorrentes da pandemia. Desse modo, foi possível averiguar que os dois participantes que consideram o aumento de preocupações decorrentes da pandemia também apontaram um aumento de restrição alimentar, bem como o aumento de sensações de tristeza, ansiedade, culpa em comer, enjoo após alimentação, angústia, contagem de calorias e a medição de forma repetida do tamanho do próprio corpo. Entretanto, o único participante que avalia que a preocupação com as consequências da pandemia diminuiu também descreveu um aumento da restrição alimentar, bem como as sensações de tristeza, ansiedade, culpa em comer, contagem de calorias. Desse modo, o fator

divergente desses dados é a alteração de preocupação referente às consequências provenientes da pandemia.

Apoiando-se nessa concepção, pode-se pensar a pandemia de Covid-19 como um rompimento drástico e repentino no cotidiano de todas as pessoas em nível mundial. A vida pública e social passou a ser privada e mais solitária. Enquadrando-se a concepção da pandemia como um trauma social, trazida por Kallas (2020), o sofrimento vivenciado por cada sujeito é singular, pois cada um sofre daquilo que é somente seu, a partir da sua história. Dessa maneira, como aqueles que sofrem com problemas alimentares vivenciaram o mal-estar do rompimento gerado pela pandemia? Este questionamento, de certa forma, poderia ser remetido também na forma de pergunta ao que Stepansky (2017) descreve da seguinte forma: a impossibilidade da criação de um espaço transicional, ocorrendo com isso o processo de clivagem, ou seja, um corte nesta tentativa de rompimento entre o prazer e o desprazer, a distinção entre si mesmo e o objeto, o dentro e o fora. Nesta categoria, buscou-se uma elucidação das possíveis manifestações do sujeito com transtornos alimentares atinentes ao rompimento nas suas diferentes formas, gerado pela pandemia.

Nesta linha de pensamento, Pedrosa e Teixeira (2015) frisam que o indivíduo se dirige ao mundo externo por meio de comportamentos que não são ditos verbalmente e que são repetidos sobre o próprio corpo, sendo possivelmente a única forma encontrada pelo sujeito de comunicar-se ao mundo externo. Desse modo, uma maneira encontrada de se direcionarem ao mundo externo é por intermédio da manifestação de alguns dos comportamentos encontrados nesta pesquisa, como vômitos autoinduzidos, restrição alimentar, compulsão alimentar, o uso de laxantes e/ou diuréticos. Diante deste quadro, configurado como um ambiente ameaçador, como a pandemia, o indivíduo em desamparo vivencia esse próprio rompimento.

Considerações Finais

Essa pesquisa permitiu verificar que os participantes consideraram que a pandemia de Covid-19 impactou as suas relações com a comida, modificando a rotina, a frequência e a quantidade do

consumo de alimentos. A alteração de calorias ingeridas diariamente aumentou a frustração, culpa, tristeza, angústia, ansia e indisposição ao ingerir alimentos, e pôde-se identificar que as preocupações com a pandemia tiveram efeitos significativos nas mudanças dos hábitos alimentares. Com tais resultados, pode-se afirmar que os distúrbios ocorridos podem ser ainda muito mais graves ou profundos, alertando para a necessidade de ampliação da visão desse cenário complexo que é a anorexia nesse contexto de crise mundial da pandemia de Covid-19.

Durante a expansão deste estudo, algumas limitações foram levadas em conta. Devido a todas as circunstâncias da pandemia, a pesquisa fez um recorte com uma população de pessoas diagnosticadas com anorexia, maiores de 18 anos, com acesso à internet e inseridas em um contexto de pandemia. Pode-se frisar também que a pesquisa abrangeu um número restrito de participantes e não propôs uma avaliação e análise quantitativa, o que permitiria estabelecer uma comparação com outras pesquisas. Outro aspecto importante a ser ponderado é que a pesquisa foi articulada durante a pandemia, sem o contato presencial com os participantes, e a coleta de dados resultou desafiadora. Desse modo, os dados encontrados neste estudo não devem ser generalizados para a mesma população pertencente a outros contextos.

Pressupondo a continuação de pesquisas nesta mesma linha de estudo, sugere-se que o método aplicado nesta pesquisa seja replicado para uma amostra maior para futuras pesquisas nessa área, abrangendo, por exemplo, a faixa etária da adolescência, em que se situa o maior número de casos de anorexia de acordo com a literatura. Ademais, estudos futuros poderão utilizar instrumentos quantitativos e qualitativos, oferecendo dados estatisticamente relevantes com o intuito de verificar aproximações e divergências nos resultados para enriquecer essa linha de investigação, podendo-se contemplar ainda estudos sobre os estágios iniciais pré-verbais e pré-históricos, com o potencial de trazer novos conhecimentos tangentes ao atendimento clínico desses quadros.

Referências

- Ai, J. W., Zi, H., Wang, Y., Huang, Q., Wang, N., Li, L. Y., Pei, B., Ji, J., & Zeng, X. T. (2020). Clinical characteristics of Covid-19 patients with gastrointestinal symptoms: an analysis of seven patients in China. *Front. Med.*, 7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00308>
- Alves, E., Vasconcelos, F. D. A. G. D., Calvo, M. C. M., & Neves, J. D. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 503-512. <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n3/04.pdf>
- Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares. (2020). *Programa de transtornos alimentares*. Recuperado de <http://www.ambulim.org.br/>
- Arcelus, J., Mitchell, A., & Wales, J. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Assumpção, C. L., & Cabral, M. D. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 24(suppl. 3), 29-33. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462002000700007>
- Barakat, S., & Maguire, S. (2023). Accessibility of psychological treatments for bulimia nervosa: a review of efficacy and engagement in online self-help treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 119. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010119>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *SSRN Electron. J.* <https://doi.org/10.2139/ssrn.3532534>
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 15(4), 679-684. <https://www.scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFctbZDZHgNP/?format=pdf&lang=pt>
- Costa, L. R. S. (2014). *Relação pai-filha no contexto dos transtornos alimentares: uma perspectiva Winnicottiana*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/87f3/e23810c2fb3a095e6d0bb14748639203aa25.pdf>
- Cheung, K. S., Hung, I. F., Chan, P. P., Lung, K. C., Tso, E., Liu, R., Ng, Y. Y., Chu, M. Y., Chung, T. W., Tam, A. R., Yip, C. C., Leung, K. H., Fung, A. Y., Zhang, R. R., Lin, Y., Cheng, H. M., Zhang, A. J., To, K. K., Chan, K. H., ..., & Leung, W. K. (2020). Gastrointestinal Manifestations of SARS-CoV-2 Infection and Virus Load in Fecal Samples From a Hong Kong Cohort: Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*, 159(1), 81-95. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.03.065>
- Dunker, K. L., & Philipp, S. T. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, 16(1), 51-60. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732003000100006>
- Faria, S. P., & Shinohara, H. (1998). Transtornos alimentares. *Interação em Psicologia*, 2(1). <https://doi.org/10.5380/psi.v2i1.7644>
- Ferreira, F. B. G. (2010). *Uma compreensão winnicottiana sobre as noções de soma, psique e mente como referência para o entendimento da integração psicossomática*. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Recuperado de http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE20100324T072415Z1592/Publico/Fernanda%20Belluzz20Guedes%20Ferreira.pdf
- Ferreira, M. C., & Aiello-Vaisberg, T. M. (2006). O pai 'suficientemente bom': algumas considerações sobre o cuidado na psicanálise winnicottiana. *Mudanças Psicol. Saúde*, 14(2), 136-142. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v14n2p136-142>

- Fiates, G. M. R., & Salles, R. K. (2001). Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Revista de Nutrição*, 14(suppl.), 3-6. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732001000400001>
- Freitas, A. R., Napimoga, M., & Donalisio, M. R. (2020). Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiologia Serv Saude*, 29(2). <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200008>
- Gosseume, C., Dicembre, M., Bemer, P., Melchior, J. C., & Hanachi, M. (2019). Somatic complications and nutritional management of anorexia nervosa. *Clinical Nutrition Experimental*, 28, 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.09.001>
- Harrington, B. C., Jimerson, M., Haxton, C., & Jimerson, D. C. (2015). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Family Physician*, 91(1), 46-52. <https://www.aafp.org/afp/2015/0101/p46>
- He, V. (2022). A critical literature review on anorexia nervosa. *SCAFFOLD*, 4. <https://ameriquests.org/index.php/UWS/article/download/5303/2981>
- Justo, J. S., & Buchianeri, L. G. C. (2010). A constituição da tendência anti-social segundo Winnicott: desafios teóricos e clínicos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(2), 115-127. <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/521/477>
- Kallas, M. B. (2020). Psicanálise, sonhos e luto na pandemia. *Reverso*, 42(80) <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7879462.pdf>
- Kirsten, V. R., Fratton, F., & Porta, N. B. D. (2009). Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. *Revista de Nutrição*, 22(2). <https://doi.org/10.1590/S1415-52732009000200004>
- Leonidas, C., & Santos, M. (2015). Relacionamentos afetivos-familiares em mulheres com anorexia e bulimia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(2), 181-191. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015021711181191>
- Oliveira, L., & Hutz, C. (2010). Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 575-582. <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a15>
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. (2020). Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Rev. Debates em Psiquiatr.*, 10(2), 12. <https://doi.org/10.25118/2236-918x-10-2-2>
- Patel, R. S., Olten, B., Patel, P., Shah, K., & Mansuri, Z. (2018). Hospitalization outcomes and comorbidities of bulimia nervosa: a nationwide inpatient study. *Cureus*, 10(5), e2583. doi.org/10.7759/cureus.2583
- Pawluck, D. E., & Gorey, K. M. (1998). Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: Integrative review of population-based studies. *Int. J. Eat. Disord.*, 23(4), 347-52. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199805\)23:4%3C347::aid-eat1%3E3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199805)23:4%3C347::aid-eat1%3E3.0.co;2-i)
- Pedrosa, R. L., & Teixeira, L. C. (2015). A perspectiva biomédica dos transtornos alimentares e seus desdobramentos em atendimentos psicológicos. *Psicologia USP*, 26(2), 221-230. <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/102396/100719>
- Schlegl, S., Maier, J., Meule, A., & Voderholzer, U. (2020). Eating disorders in times of the Covid-19 pandemic: results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, 53(11), 1791-800. <https://doi.org/10.1002/eat.23374>
- Schlegl, S., Meule, A., Favreau, M., & Voderholzer, U. (2020). Bulimia nervosa in times of the Covid-19 pandemic: results from an online survey of former inpatients. *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 28(6), 847-854. <https://doi.org/10.1002/erv.2773>
- Sikaroudi, M. K., Zonooz, S. R., Ebrahimi, Z., Jebraili, H., Farsi, F., Talebi, A., & Masoodi, M. (2021). Assessment of anorexia and weight loss during the infection and recovery period of patients with coronavirus disease 2019 (Covid-19). *Clin. Nutr. Open Sci.*, 40, 102-110. <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2021.11.001>

- Stepansky, A. G. (2017). *Independência ou morte? Uma visão psicanalítica sobre a anorexia*. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro]. https://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1512087_2017_completo.pdf
- Torres, S., & Guerra, M. P. (2003). A construção de um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 97-110. <https://scielo.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a07.pdf>
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5: defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biol. Psychiatry*, 84(5), 345-354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Imago. (Trabalho original publicado em 1949).
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu & V. Nobre, Trad.). (Trabalho original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1983a). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1979).
- Winnicott, D. W. (1983b). Os doentes mentais na prática clínica. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 196-206). Artmed. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana* (p. 44). Imago. (Trabalho original publicado em 1988).
- Winnicott, D. W. (1994). O jogo de rabiscos. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 230-243). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (2000). O apetite e os problemas emocionais. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 91-111). Imago. (Trabalho original publicado em 1936).
- Winnicott, D. W. (2011). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 03-22). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967).
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. report of a WHO consultation*. World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
- World Health Organization, & Food and Agriculture Organization. (2003). *Diet, nutrition and prevention of chronic diseases*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf?ua=1

Efeitos da Pandemia sobre a Ansiedade, Controlando os Efeitos da Idade, Sexo e Prática de Exercício Físico

Sandra Adriana Neves Nunes¹, Melissa Corrêa Silva², Lucas Campos Silva³ e Marcos Gimenes Fernandes⁴

Universidade Federal do Sul da Bahia, Itabuna, Bahia, Brasil

Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia, Brasil

Resumo: O contexto pandêmico provocou impacto na saúde mental das pessoas no mundo inteiro. Este estudo teve como objetivo investigar se a pandemia da Covid-19 exerceu efeito sobre os níveis de ansiedade (traço e estado), após as influências de covariáveis (sexo, idade e prática de exercício físico) terem sido removidas. Participaram da amostra 522 sujeitos, divididos em dois grupos: pré-pandêmico (n = 308) e pandêmico (n = 214), sendo 323 mulheres e 199 homens, com idade média de 36,57 anos (DP = 12,39). Em média, os participantes apresentaram níveis moderados de ansiedade-estado e altos de ansiedade-traço. Idade, sexo e prática de exercício físico exerceram efeitos significativos sobre os níveis de ansiedade estado e traço. A pandemia exerceu efeito significativo e adicional, após o ajuste dos efeitos das covariáveis, sobre os níveis de ansiedade-estado, mas não da ansiedade-traço. Os resultados sugerem a necessidade de medidas para promover a saúde mental e reduzir os efeitos adversos da pandemia, que ainda podem perdurar. Além disso, as ações de promoção à saúde mental pós-pandemia devem priorizar mulheres e jovens, pois esses são os grupos mais vulnerabilizados. Adicionalmente, sugere-se que as ações em saúde mental no pós-pandemia incorporem a recomendação da prática de exercícios físicos regulares.

Palavras-chave: ansiedade-traço, ansiedade-estado, pandemia da Covid-19, variáveis sociodemográficas, exercício físico

Effects of the Pandemic on Anxiety, Controlling for the Effects of Age, Gender and Physical Exercise

Abstract: The pandemic context has had an impact on the mental health of people around the world. This study aimed to investigate whether the COVID 19 pandemic had an effect on anxiety levels (trait and state), after the influences of covariates (gender, age and physical exercise) were removed. A total of 522 subjects participated in the sample, divided into two groups: Pre-pandemic (n = 308) and Pandemic (n = 214), 323 women and 199 men, with a mean age of 36.57 years (SD = 12.39). On average, participants had moderate levels of state-anxiety and high levels of trait-anxiety. Age, gender and practice of physical exercise had significant effects on levels of state and trait anxiety. The pandemic had a significant and additional effect, after removing the effects of covariates, on levels of state anxiety, but not trait anxiety. The results suggest the need for measures to promote mental health and reduce the adverse effects of the pandemic, which may still persist. In addition, post-pandemic mental health promotion actions should prioritize women and young people, as these are the most vulnerable groups. Additionally, it is suggested that post-pandemic mental health actions incorporate the recommendation to practice regular physical exercise.

Keywords: trait-anxiety, state-anxiety, pandemic, sociodemographic variables, physical exercise

¹ Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em Saúde pela Universidade de Greenwich, Londres, Inglaterra. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia, Itabuna, Bahia, Brasil. *E-mail:* sandranunes@ufsb.edu.br

² Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Pós-Graduação em Reabilitação Cardíaca e grupos especiais pela Estácio de Sá. Licenciada em Educação Física pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Bacharelada em Educação Física pela UNIASSSELVI. *E-mail:* melissacsilva@hotmail.com

³ Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades pela Universidade Federal do Sul da Bahia. *E-mail:* luqueiracampos09@gmail.com

⁴ Doutor em Ciências do Desporto pela Universidade de Traz-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal — Revalidado pelo Programa de Doutorado em Educação Física da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Mestre em Neurociências e Comportamento pela Universidade Federal de Santa Catarina. Licenciado em Educação Física pela Universidade Gama Filho. Professor Titular da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia, Brasil. *E-mail:* gimenes@uesc.br

Introdução

O contexto pandêmico, em decorrência da doença infecciosa Covid-19 causada pelo vírus SARS-cov-2, que teve início em 11 de março de 2020 e terminou em 5 de maio de 2023, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (Sistema Universidade Aberta do SUS [UNA-SUS], 2023), provocou impacto na saúde mental das pessoas no mundo inteiro, inicialmente em virtude da necessidade de isolamento social, do medo de contrair o vírus, de adoecer e morrer. Posteriormente, diante do adoecimento e morte de parentes e amigos (Asmundson & Taylor, 2020; Carvalho et al., 2020). Concomitantemente a este cenário de caos, instalou-se no Brasil uma grave crise econômica com recorde de desemprego em 20 Estados (Barros, 2021). Assim, muitas pessoas passaram a viver com a incerteza da garantia de subsistência da família (Nunes et al., 2022). Vale destacar que, no Brasil, a pandemia foi politizada pelo Governo Federal, que optou pelo negacionismo frente às medidas de prevenção e vacinação orientadas pela ciência, apostando na divulgação de *fake news*, inclusive para dissuadir a população em relação à vacinação e para promover o tratamento precoce por meio de medicamentos comprovadamente ineficazes, na contramão de quase todo o resto do mundo (Nunes et al., 2022; Nunes et al., 2023).

A ansiedade é uma forma de manifestação natural do organismo, que em nível normal tem valor de sobrevivência para a espécie, pois acompanhada do medo faz com que o ser humano não se arrisque em situações que apresentem perigo iminente. Entretanto, em grau elevado, está associada a vários sintomas patológicos que prejudicam o bem-estar dos indivíduos (Barlow, 2016).

A ansiedade normalmente é experimentada de modo subjetivo, como um estado não prazeroso de apreensão ou tensão frente à possibilidade de ocorrência ou frente à ocorrência de algum acontecimento percebido como negativo. É comumente acompanhada de alterações neurovegetativas na vigília, como taquicardia, hipersecreção gástrica, aumento da motilidade intestinal, urgência de micção

ou defecação, desconforto abdominal, dentre outros (Bravin & De-Farias, 2010). Além disso, pode estar associada a insônia, tontura, dores de cabeça, falta de ar e irritabilidade (Zamignani & Banaco, 2005).

A ansiedade é vista como um dos transtornos psiquiátricos mais comuns da atualidade (Fernandes et al., 2018), com destaque para o Brasil que detém o maior número de casos de ansiedade no mundo (World Health Organization [WHO], 2017). No relatório divulgado em março de 2018 pela Pan American Health Organization (PAHO, 2018) informa-se que 7% de toda a população mundial apresenta sintomas de ansiedade. No Brasil, as estatísticas são ainda mais alarmantes. A WHO (2017) considerou o Brasil o país com o maior número de casos de ansiedade em todo o mundo, com uma prevalência de 9,3% da população.

No ano de 1970, Spielberger et al. (1970) propuseram a classificação de dois conceitos de ansiedade, que são: o estado de ansiedade e o traço de ansiedade. O primeiro diz respeito a um estado emocional transitório marcado por sentimentos subjetivos de apreensão e medo, que podem variar em intensidade ao longo do tempo. Já o segundo, o traço de ansiedade, está ligado à personalidade de cada um, e pode ser visto como uma disposição pessoal para as situações que são vistas como ameaçadoras, já que o sujeito apresenta uma tendência relativamente estável de responder com sinais emocionais, cognitivos e fisiológicos de ansiedade a situações estressantes (Spielberger, 1972).

Pesquisas epidemiológicas feitas nos EUA pela National Comorbidity Survey (NCS) têm mostrado que mulheres têm mais riscos de desenvolverem o transtorno de ansiedade no decorrer de sua vida do que os homens (Kinrys & Wygant, 2005). Isso se dá devido a algumas especificidades do sexo feminino, como fatores biológicos e estímulos do ambiente, como os hormônios sexuais femininos que se alteram em cada ciclo (Kinrys & Wygant, 2005). Além disso, fatores culturais também podem ser considerados para explicar essa diferença de gênero. Mulheres têm sido, em várias culturas, incluindo a brasileira, cuidadoras (de crianças, de idosos) e estudos indicam que, entre os cuidadores, a qualidade subjetiva do sono é pior e o nível de estresse é maior, quando

comparados aos não cuidadores (Brummett et al., 2006). Esses fatores podem aumentar os níveis de ansiedade dos indivíduos.

No que diz respeito à idade, tem havido sugestões no passado de que idosos relatam mais sintomas de ansiedade do que os mais jovens (Gaitz & Scott, 1972; Gurin et al., 1963), ainda que outros estudos iniciais tenham também encontrado que aproximadamente 10% da população em qualquer idade apresentava sintomas de ansiedade clinicamente significativos (Leighton et al., 1963). Himmelfarb e Murrell (1984), usando o Inventário de Ansiedade Traço do Estado (STAI) em 1.338 mulheres e 713 homens com 55 anos, concluíram que a ansiedade apresenta uma relação complexa com a idade, mas a tendência geral foi de que a ansiedade aumentou com o avançar da idade. Já Henderson et al. (1998), numa amostra de 2.725 pessoas com idade entre 18 e 79 anos residentes na Austrália, descobriram que a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos diminuiu com o avançar da idade. Eles observaram que alguns fatores de risco para depressão e ansiedade, incluindo neuroticismo e eventos adversos da vida, também diminuíram com o avançar da idade.

Entretanto, um estudo ainda mais recente, que focou nos transtornos de ansiedade (Lenze & Wetherell, 2011), sugere que de fato diferentes formas de transtornos de ansiedade apresentam predominância distintas em diferentes estágios da vida. Fobias, por exemplo (em especial, as fobias sociais e específicas), podem predominar na infância. Já o transtorno de pânico e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) apresentam maior prevalência na idade adulta; enquanto a ansiedade generalizada pode ser mais comum na velhice. Como é possível observar, tem havido resultados controversos em torno da relação entre idade e níveis de ansiedade, o que denota a necessidade de mais estudos para elucidar essa relação.

Uma outra variável importante a se considerar quando se estuda ansiedade é a prática de exercícios físicos. De acordo com a WHO (2010), existe um consenso na comunidade científica de que a prática regular de exercício físico, além de proporcionar benefícios físicos, também traz

benefícios psicológicos para os indivíduos, sendo um aliado nos tratamentos de ansiedade, junto aos métodos terapêuticos.

Quanto aos efeitos benéficos à saúde mental, foco deste estudo, estes incluem a melhoria no estado de humor, elevação da autoestima e melhoria do controle dos níveis de estresse e de ansiedade (DeBoer et al., 2012; El-Kader, & Al-Lihaibi, 2016). Há muitas evidências de que a prática regular de exercício tenha influência benéfica em diversos transtornos mentais, incluindo os de ansiedade entre adultos (Asmundson et al., 2013; Brown & Barlow, 2009; Herring, Jacob et al., 2012) e também em crianças e adolescentes (Biddle & Asare, 2011).

Blumenthal et al. (2021) realizaram um ensaio clínico randomizado que durou quatro meses, em que analisaram 148 adultos com transtorno de depressão maior (TDM), que também apresentavam sintomas de ansiedade. Os indivíduos foram divididos em quatro grupos: (a) exercícios supervisionados; (b) exercícios domiciliares; (c) uso de sertralina; ou (d) controle (com placebo). Os sintomas de ansiedade-estado foram medidos pelo Spielberger Anxiety Inventory e examinados antes e após o período de tratamento. Os pesquisadores concluíram que os níveis de ansiedade dos grupos de exercício e sertralina apresentaram níveis de ansiedade menor do que o grupo placebo. Assim, neste estudo, o exercício aeróbico, bem como o uso de sertralina reduziram os níveis de ansiedade-estado em pessoas com TDM.

Há também evidências de que o exercício físico resistido (como a musculação) traga efeitos benéficos sobre a ansiedade, especificamente, e sobre a saúde mental, em geral. Gordon et al. (2021), em um estudo recente com 44 participantes que foram submetidos a um programa de treino de oito semanas, concluíram que o grupo que realizou o treinamento apresentou aumento significativo de força e reduziu significativamente a preocupação e os sintomas de ansiedade.

Finalmente, numa revisão de literatura, Herring, O'Connor et al. (2010) quiseram descobrir o efeito do treinamento físico nos sintomas de ansiedade em pacientes com doenças crônicas. Eles revisaram artigos publicados entre 1995 e

2007 e concluíram que o treinamento físico reduziu significativamente os sintomas de ansiedade, com um efeito médio Delta de 0,29 (IC de 95%, 0,23-0,36), se comparado aos grupos de pessoas que não foram submetidas a nenhuma condição de tratamento.

Diante dessas considerações, o presente estudo teve como objetivo investigar se a pandemia da Covid-19 exerceu efeito sobre os níveis de ansiedade (traço e estado), após as influências de covariáveis que se mostram importantes para explicar os níveis de ansiedade das pessoas (sexo, idade e se pratica exercício físico) terem sido removidas. Especificamente, buscará: i) caracterizar a amostra em termos de idade e sexo; ii) caracterizar a amostra em termos de prática de exercício físico; iii) descrever os níveis de ansiedade (traço e estado) reportados pelos participantes; iv) examinar se os níveis de ansiedade (traço e estado) diferem estatisticamente no momento pré-pandêmico e pandêmico; v) examinar os efeitos da pandemia sobre os níveis de ansiedade dos participantes, removendo a influência de covariáveis.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e relacional, usando um desenho com amostras independentes sucessivas.

Participantes

Participaram da amostra 522 sujeitos, divididos em dois grupos: grupo pré-pandêmico (n = 308) e grupo pandêmico (n = 214), sendo 323 mulheres e 199 homens, com idade média de 36,57 anos (DP = 12,39). O tipo de amostragem foi por conveniência.

Instrumentos

Foi empregado um instrumento sociodemográfico e de saúde, contendo perguntas sobre o sexo, idade e se praticava exercício físico, e o IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado), para verificar a ansiedade traço-estado dos sujeitos. A escala que mede a ansiedade-estado obteve um alfa de Cronbach neste estudo de 0,88 e a escala que mede ansiedade-traço de

0,60. Portanto, admite-se que as duas subescalas sejam confiáveis, de acordo com Streiner (2003).

A versão aplicada do IDATE foi a brasileira (Fioravanti et al., 2011), a qual é composta por doze itens agrupados em dois fatores. Do item 1 ao 6, verifica a ansiedade-estado e do 7 ao 12, verifica a ansiedade-traço. As perguntas foram respondidas numa escala *Likert* de quatro pontos (1 = absolutamente não a 4 = muitíssimo; e 1 = quase nunca a 4 = quase sempre). Os escores foram calculados com a soma das respostas dos itens divididas pelo número de itens do fator e podem variar de 1 a 4. Anterior à análise estatística foi invertida a pontuação dos itens “positivos”: 1, 3 e 5 (ansiedade-estado) e 7, 9 e 12 (ansiedade-traço).

Procedimento

Esse estudo está vinculado a um estudo mais amplo que foi aprovado pelo Comitê de Ética Institucional de Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), em conformidade com as Resoluções CNS/MS n. 466/2012 e CNS/MS n. 510/2016, com o número de parecer de aprovação 3.217.933 (CAAE).

Os dados foram coletados por meio do Google Forms, entre 09/12/2019 e 01/03/2021, ou seja, antes do início da pandemia, durante todo o primeiro ano e no começo do segundo ano, junto a pessoas que não praticavam e que praticavam exercício físico, essas últimas matriculadas em quatro academias de musculação do município de Ilhéus. Assim, foram visitadas as quatro academias, nas quais os alunos eram abordados para o convite à pesquisa e confirmavam se faziam exercício físico regularmente. Adicionalmente, pedia-se que o praticante de exercício físico indicasse o número de vezes por semana que praticava e o tempo de prática. Foram considerados praticantes de exercício físico aqueles que faziam algum tipo de exercício resistido, como musculação ou *crossfit*, por exemplo, se corria, pedalava, fazia caminhadas, nadava, fazia ioga, dança etc., pelo menos três vezes por semana, há pelo menos três meses. Inicialmente, os dirigentes das academias foram informados pelos pesquisadores sobre o projeto, a fim de que

houvesse liberação e acesso aos indivíduos. Também foi conversado sobre dias e horários disponíveis para coleta de dados. Após esse contato inicial, nos dias pré-estabelecidos, o projeto foi apresentado aos indivíduos quanto a objetivos e finalidades, em seguida, foram convidados a preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde o anonimato e a confidencialidade foram garantidos. O preenchimento dos formulários teve duração média de 20 minutos por participante e foi preenchido individualmente pelos próprios sujeitos, sob supervisão do aplicador antes da seção de treino. Para compor a amostra de sujeitos que não praticavam exercícios regularmente, foram enviados convites à participação da pesquisa por meio de redes sociais, e-mails e grupos de WhatsApp. Os usuários dessas ferramentas virtuais recebiam/visualizavam o convite em seus dispositivos e tinham a liberdade de participar ou não do estudo. Caso manifestassem interesse em participar, deviam assinar o TCLE. No formulário, pedia-se para indicar se era praticante regular de qualquer modalidade de exercícios físicos, de acordo com o critério acima mencionado, ou se não fazia nenhuma modalidade de exercício físico. Assim, na categoria “não praticante de exercício físico” foram consideradas pessoas totalmente sedentárias e mesmo pessoas ativas (que faziam alguma atividade física, como limpar a casa, cuidar do jardim, por exemplo), mas que não praticava exercício físico regular, tal como descrito acima.

Procedimento de Análise dos Dados

De início, foi verificada a estatística descritiva das variáveis através da média, desvio padrão, mínimo e máximo. Para verificar a assimetria da distribuição das médias, foram utilizados os coeficientes assimetria (*skewness*) e achatamento (*kurtosis*), sendo considerados valores aceitáveis para os verificados no intervalo de -2 e +2. Posteriormente, foi calculada a consistência interna dos fatores através do alfa de *Cronbach*, sendo considerado aceitáveis valores maiores que 0,60 (Streiner, 2003).

Para investigar se os níveis de ansiedade traço e estado difeririam significativamente entre os dois grupos foi empregado o teste T-Student. Para

verificar os efeitos da pandemia sobre os níveis de ansiedade dos sujeitos, controlando as covariáveis sociodemográficas foi realizada uma ANCOVA (Análise de Covariância). A ANCOVA testa se a variável independente ainda influencia a variável dependente após a influência das covariáveis terem sido removidas. Estas análises foram efetuadas no IBM SPSS Statistics 22. O nível de significância aceito para todas as análises foi de 0,05.

Resultados

Caracterização da Amostra em Termos de Sexo e Idade e quanto à Prática Regular de Exercício Físico

Participaram da amostra 522 sujeitos com idade mínima de 18 anos e máxima de 75 anos, e média de idade de 36,57 anos (DP = 12,39). Destes, 323 eram mulheres (61,9%) e 199 eram homens (38,1%). Um total de 271 (51,9%) participantes reportaram praticar exercícios físicos regularmente, enquanto 251 (48,1%) não praticavam. A média de idade do grupo praticante de exercício físico foi de 33,77 anos (DP = 10,47) e do grupo de não praticantes foi de 39,58 (DP = 13,59), portanto houve diferença significativa entre os dois grupos no que se refere às idades dos participantes ($T = -5,497$, $p \leq 0,01$). Quanto ao sexo, no grupo de praticantes de exercícios físicos, participaram 150 mulheres (55,4%) e 121 homens (44,6%). Já no grupo de não praticantes participaram 173 mulheres (68,9%) e 78 homens (31,1%).

Níveis de Ansiedade (Traço e Ansiedade) Estado dos Participantes

Em relação aos níveis de ansiedade dos participantes, para a escala empregada, a ansiedade é um constructo bidimensional, que mede o estado de ansiedade e o traço de ansiedade, como já foi dito. A escala possui doze itens, com pontuação mínima de 1 e máxima de 4. O ponto médio da escala, portanto é 2,5. A média dos escores para ansiedade-estado na amostra total ($n = 522$) foi 2,52 (DP = 0,76). O Intervalo de Confiança esteve entre 2,46 e 2,59. Dessa maneira, considerando que o ponto médio da escala

é 2,5, conclui-se que os indivíduos reportaram níveis moderados de ansiedade-estado, pois o intervalo de confiança incorporou o ponto médio da escala.

Já com relação à ansiedade-traço, a média de ansiedade foi de 2,69 (DP = 0,78). O Intervalo de Confiança esteve entre 2,63 e 2,76. Dessa maneira, considerando que o ponto médio da escala é 2,5, conclui-se que os indivíduos reportaram níveis altos de ansiedade-traço, pois o intervalo de confiança manteve-se acima do ponto médio da escala. Portanto, neste estudo, os participantes da amostra total reportaram moderados níveis de ansiedade-estado e altos níveis e ansiedade-traço.

Comparação dos Níveis de Ansiedade (Estado e Traço) entre os Sexos

As mulheres apresentaram níveis de ansiedade estado e traço significativamente superiores aos homens, neste estudo ($t = 3,201$; $p \leq 0,01$ e $t = 5,060$; $p \leq 0,001$, respectivamente), sendo que a média de ansiedade-estado das mulheres foi de 2,61 (DP = 0,76) e dos homens 2,39 (DP = 0,73) e a de ansiedade-traço para mulheres foi de 2,83 (DP = 0,80) e para os homens de 2,48 (DP = 0,69).

Comparação entre os Níveis de Ansiedade (Traço e Estado) no Grupo Pré-pandêmico e Pandêmico

Para investigar se os níveis de ansiedade-estado e traço difeririam entre os dois grupos (grupo 1: pré-pandêmico, formado por pessoas que participaram da pesquisa antes de iniciar a pandemia; e grupo 2: pandêmico, formado por pessoas que participaram da pesquisa após a pandemia ter sido decretada pela OMS), foi empregado o teste t para amostras independentes. O teste t permite interpretar que há diferenças estatisticamente significativas dos níveis de ansiedade-estado entre os dois grupos ($t = -3,18$; $p \leq 0,01$), sendo que a média de ansiedade-estado foi mais alta no grupo pandêmico ($M = 2,65$, $DP = 0,73$), se comparado ao grupo pré-pandêmico ($M = 2,44$, $DP = 0,73$). Já no que diz respeito à ansiedade do tipo traço, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Efeitos da Pandemia sobre os Níveis de Ansiedade dos Participantes, Considerando a Influência de Covariáveis (Sexo, Idade e se Praticava Exercício Físico)

Para investigar se haveria efeitos significativos da pandemia sobre os níveis de ansiedade-estado e traço dos participantes, removendo as influências das covariáveis sexo, idade e prática de exercício físico, foi realizada uma ANCOVA. A ANCOVA é modelo linear geral que combina análise de variância (ANOVA) e regressão. Ela permite incluir uma ou mais variáveis que estão relacionadas à variável dependente. Como essas variáveis podem possuir uma influência sobre a variável dependente, elas são chamadas covariáveis. As covariáveis devem ser preferencialmente numéricas, mas têm havido sugestões de que não há problemas em incluir nos modelos de ANCOVA ou de análise de regressão covariáveis categóricas (Agresti & Finlay, 2009; Baguley, 2012; Glen, 2015; Grace-Martin, 2019; Howell, 2013). Baguley (2012), por exemplo, argumenta que é preciso considerar que diferentes *softwares* implementam um modelo com uma covariável categórica de forma diferente. Assim, ele recomenda que se tenha certeza que o *software* usado roda a análise considerando a inclusão de uma covariável categórica. Há uma recomendação geral para esse caso: a variável categórica deve ser transformada em variável *dummy* (Grace-Martin, 2019), considerando a regra C - 1 (onde C é o número de categorias que se possui num conjunto de dados). Se houver apenas dois níveis, como no caso do sexo, pode-se codificar como "0" e "1", por exemplo. Nesse estudo, as covariáveis categóricas (sexo e exercício físico) foram transformadas em *dummy* e foi assegurado que o programa empregado implementa a ANCOVA com o uso de covariáveis categóricas.

A ANCOVA tem alguns pré-requisitos: i) a(s) variável(eis) dependente(s) deve(m) ter distribuição normal; ii) deve haver relação linear entre a covariável e a variável dependente; iii) deve existir homogeneidade de variâncias entre os grupos; e iv) deve haver homogeneidade entre os coeficientes de regressão da covariável sobre a variável dependente entre os grupos. Isso implica dizer que, nos gráficos, as retas de regressão oriundas de cada grupo devem ser paralelas,

quando se considera a relação entre a dependente variável e a covariável (Montgomery, 1991; Netter & Wasserman, 1974). Nesse estudo, para verificar a normalidade da distribuição das médias, foram utilizados os coeficientes assimetria (*skewness*) e achatamento (*kurtosis*), sendo que os valores entre -2 e +2 são considerados aceitáveis para comprovar distribuição univariada normal para George e Mallery (2010). As variáveis ansiedade-estado e traço tiveram distribuição normal (as medidas de *skewness* e *kurtosis* estiveram entre -1 e +1). Foram observadas correlações significativas entre idade e ansiedade-estado ($r = -0,125, p \leq 0,01$) e entre idade e ansiedade-traço ($r = -0,254, p \leq 0,001$). Ademais, por meio do teste de Levene, observou-se que há homogeneidade de variâncias entre os grupos ($F = 3,46,3; p = 0,063$). Finalmente, para o quarto pré-requisito, avaliou-se um modelo de ANCOVA incluindo o termo da interação Covariável*Grupo, tendo como hipótese nula que não haveria interação. Assim, observou-se que as retas estavam paralelas entre si. Dessa forma, neste estudo todos os pré-requisitos foram atendidos.

A ANCOVA permite inferir que há efeito das covariáveis idade [$F(1,521) = 25,701; p \leq 0,001$], sexo [$F(1,521) = 5,728; p \leq 0,05$] e prática de exercício físico [$F(1,521) = 43,474; p \leq 0,001$] sobre os níveis de ansiedade-estado. Isso significa dizer que o fato de serem mais jovens, de serem mulheres e de não praticarem exercícios físicos aumentaram os níveis de ansiedade-estado. Além disso, há efeito significativo da pandemia sobre os níveis de ansiedade-estado. Após o controle para os efeitos da idade, do sexo, e da prática de exercício físico [$F(3,521) = 5,967; p \leq 0,05$]. Assim, estar vivendo no momento pandêmico impõe um efeito adicional sobre os níveis deste tipo de ansiedade, para além daqueles observados pela idade, sexo e prática de exercício físico.

Após considerar os efeitos das covariáveis, foram computadas novas médias de níveis de ansiedade-estado nos dois grupos analisados, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1

Médias dos níveis de ansiedade-estado corrigidas para as covariáveis, por grupo

Grupos	Média	Desvio Padrão	IC
1- Pré-pandêmico	2,46	0,04	2,38 – 2,54
2- Pandêmico	2,62	0,05	2,52 – 2,72

Como é possível observar na Tabela 1, controlando os efeitos das covariáveis, o IC observado para os valores médios de ansiedade-estado englobaram o ponto médio da escala, que é 2,5, indicando que, no grupo pré-pandêmico, o nível de ansiedade-estado foi moderado. Já se consideramos o IC do grupo pandêmico, observaremos que seus valores estão localizados acima do ponto médio da escala, o que indica altos níveis de ansiedade-estado para esse grupo.

Da mesma forma, a ANCOVA permitiu inferir que há efeito das covariáveis idade [$F(1,521) = 47,044; p \leq 0,01$], sexo [$F(1,521) = 20,593; p \leq 0,05$], e prática de exercício físico [$F(1,513) = 22,515; p \leq 0,001$] sobre os níveis de ansiedade-traço. Novamente, pessoas mais jovens, mulheres e que não praticam exercícios físicos regularmente reportaram níveis mais altos de ansiedade-traço. Por outro lado, não foi observado efeito significativo da pandemia sobre os níveis de ansiedade-traço [$F(1,521) = 1,792; p = 0,18$], após o controle dessas covariáveis. Isso significa que a pandemia, neste caso, não ofereceu efeito adicional sobre aqueles percebido da idade, sexo e da prática de exercício físico.

As novas médias de níveis de ansiedade-estado nos dois grupos analisados, após considerar os efeitos das covariáveis, são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2

Médias dos níveis ansiedade-traço corrigidas para as covariáveis, por grupo

Grupos	Média	Desvio Padrão	IC
1 - Pré-pandêmico	2,73	0,04	2,65 – 2,81
2 - Pandêmico	2,64	0,05	2,54 – 2,75

Como podemos observar na Tabela 2, para pessoas com personalidade ansiosa (ansiedade-traço), a pandemia parece não ter agravado o quadro, pois elas já eram ansiosas antes da pandemia e permaneceram bastante ansiosas

depois do início da pandemia, haja vista que os IC nos dois grupos estiveram acima do ponto médio da escala (2,5).

Discussão

Observou-se, neste estudo, que, em média, os participantes apresentaram níveis moderados de ansiedade-estado e níveis altos de ansiedade-traço. Esse resultado está em consonância com as estatísticas oficiais relativas à alta prevalência de ansiedade no país. Uma *survey* realizada pela World Health Organization (WHO, 2017) e publicada em 2017, revelou que o Brasil lidera, no mundo, em prevalência de transtornos de ansiedade (9,3%) e ocupa o quinto lugar em taxas de depressão (5,8%). Por trás desses índices podem estar presentes o estresse advindo de fatores socioeconômicos, como pobreza e desemprego, por exemplo, e aqueles relativos ao estilo de vida que normalmente se adota em grandes cidades.

Nas análises feitas para investigar se o fato de terem vivenciado uma pandemia fez com que as pessoas tivessem experimentado aumento nos níveis de ansiedade do tipo estado e do tipo traço e se esses efeitos poderiam ser observados mesmo quando fossem removidas estatisticamente as influências de covariáveis importantes que têm sido associadas aos níveis de ansiedade das pessoas, encontrou-se que ser mais jovem, ser mulher e não praticar exercício físico regularmente exercem efeitos únicos sobre a ansiedade (estado e traço), mas que ter vivenciado o momento de pandemia produziu um incremento nos níveis de ansiedade-estado apenas, não na traço.

Vários estudos encontraram que o contexto pandêmico promoveu incremento na experiência de viver transtornos mentais, incluindo a ansiedade (Asmundson & Taylor, 2020; Barros et al. 2020; Carvalho et al., 2020; Goularte et al. 2021; Musse et al. 2022; Seens et al., 2021). Conforme Barros et al. (2020), a pandemia da Covid-19 afetou significativamente a saúde emocional dos brasileiros. Durante esse período, cerca de 40% dos adultos relataram emoções recorrentes de depressão e tristeza, enquanto mais de 50% mencionaram a

constante sensação de nervosismo e ansiedade. Esses sentimentos foram mais prevalentes em adultos jovens, mulheres e pessoas com diagnóstico prévio de depressão.

Os resultados deste estudo também são corroborados pela pesquisa conduzida por Musse et al. (2022), sobre o impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental dos brasileiros, com uma amostra composta por 1.057 participantes, sendo 78% mulheres, com idade média de 38,1 (DP = 13,7). Os autores encontraram que cerca de 42% da amostra apresentou sintomas moderados a graves de ansiedade. Além disso, as mulheres tiveram uma frequência maior de sintomas moderados a graves de ansiedade, com 45% dos resultados. Foi observada maior frequência de sintomas moderados a graves de ansiedade entre os jovens, com redução na meia idade.

Similarmente, de acordo com Goularte et al. (2021), a pandemia afetou consideravelmente a saúde mental da população brasileira, resultando em um aumento significativo nos sintomas mentais, como ansiedade (81,9%), depressão (68%), raiva (64,5%), sintomas somáticos (62,6%) e problemas de sono (55,3%). Os sintomas psiquiátricos mais comuns foram observados em indivíduos do sexo feminino, jovens com idade baixa, pessoas de baixa renda com nível educacional menor, com um longo período de isolamento social e com sintomas pré-existent de doença psiquiátrica.

Os resultados aqui encontrados também estão de acordo com o estudo de Zhang et al. (2021) que revelou que durante a pandemia as taxas de incidência de sintomas de ansiedade e sintomas de ansiedade grave foram de 67,2% e 17,2%, respectivamente.

Finalmente, esses achados também são corroborados por pesquisas internacionais. Numa pesquisa realizada no Reino Unido (Seens et al., 2021), por exemplo, com o objetivo de avaliar os níveis de ansiedade durante a pandemia da Covid-19 (n = 389 homens e 1448 mulheres, de 43 países, entre 18 e 79 anos), os autores compararam dois momentos: antes e depois da pandemia. Os resultados indicaram que houve um aumento significativo de 57,1% nos níveis de ansiedade após o início da pandemia da Covid-19.

Os resultados relativos aos efeitos significativos da idade sobre a ansiedade-estado e traço chamam a atenção, porque têm havido na literatura sugestões de que a ansiedade se relaciona positivamente com a idade (ou seja, quanto maior a idade, maiores são os níveis de ansiedade) (Gurin et al., 1963; Himmelfarb & Murrell, 1984). No entanto, como é possível observar, esses estudos têm mais de 40 anos e é possível que essa relação tenha se invertido com o passar do tempo, dada complexificação da sociedade, que talvez esteja impondo aos mais jovens uma variedade de fontes de estresse (mundo do trabalho, exigência nos estudos, individualismo exacerbado, competitividade em várias esferas, por exemplo). Num estudo conduzido na Austrália, por Henderson et al. (1998), com uma amostra de 2.725 pessoas com idade entre 18 e 79 anos, os autores já observaram essa inversão da relação; eles descobriram que a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos diminuiu com o avançar da idade.

Da mesma forma, o estudo conduzido por Oliveira et al. (2022) investigou a relação entre a faixa etária e os sintomas de ansiedade e depressão em adultos brasileiros, com a participação de 1.118 indivíduos. Os resultados indicaram que os indivíduos mais jovens apresentaram maiores médias de sintomas de ansiedade e depressão, em comparação com os indivíduos das outras faixas etárias. Notavelmente, os homens e mulheres na faixa etária de 40 a 59 anos apresentaram escores mais altos em ambas as variáveis em comparação com os idosos (> 60 anos). Também foi observado que os homens apresentaram escores levemente inferiores em ansiedade e depressão em comparação com as mulheres, independentemente da idade. Além disso, a idade foi um fator preditivo significativo para os sintomas de ansiedade e depressão em ambos os sexos, explicando pelo menos 3% da variação nos sintomas. Isso sugere que, quanto maior a idade, menor a intensidade dos sintomas, o que reforça estudos anteriores realizados com adultos jovens que apresentam níveis mais elevados dos sintomas avaliados.

No que diz respeito ao efeito do sexo sobre os níveis de ansiedade (estado e traço), os resultados do presente estudo corroboram aos

achados internacionais e nacionais. Num estudo conduzido na Itália (Panno et al., 2018), com uma amostra de 149 estudantes universitários para avaliar a ansiedade-estado em homens e mulheres, os autores concluíram que as mulheres apresentaram níveis significativamente mais altos do que os homens em relação à ansiedade-estado.

Já no Brasil, Kinrys e Wygant (2005), que destinaram seu estudo para avaliar a influência do sexo no diagnóstico e tratamento de transtornos de ansiedade, encontraram uma probabilidade duas vezes maior do sexo feminino desenvolver patologias relacionadas à ansiedade do que o sexo masculino. Os autores fundamentam essa diferença aos hormônios sexuais e neuroanatomia feminina, e também aos fatores genéticos associados aos fatores socioculturais.

Seguindo a linha de argumentação dos fatores biológicos que explicariam as diferenças de sexo, Valadares et al. (2006) enfatizam que algumas mulheres podem apresentar sintomas desagradáveis emocionais e mudanças de comportamento intensas durante o período menstrual, podendo agravar outros transtornos físicos ou mentais, como a ansiedade, o que caracteriza o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM). Os sintomas incluem irritabilidade, redução do interesse em atividades cotidianas, dificuldade de concentração, mudanças de apetite, falta de disposição, insônia e hipersônia. Por outro lado, é plausível considerar que fatores culturais interfiram nesse resultado, já que normalmente é mais aceitável em nossa cultura que mulheres admitam e expressem sua ansiedade do que homens, de quem geralmente se espera maior equilíbrio emocional e menos queixas de saúde mental.

A prática de exercícios físicos tem se mostrado essencial para uma vida saudável, trazendo diversos benefícios tanto para a saúde física quanto para a saúde mental. Segundo Campos et al. (2019), o exercício físico é capaz de proporcionar sensações de bem-estar, alegria e satisfação, o que ajuda a diminuir a depressão e ansiedade. Além disso, os exercícios habituais concedem benefícios para a saúde, como aumento da imagem corporal, autoestima, redução da ansiedade, depressão, estresse, insônia e tensão muscular, de acordo com Macedo et al. (2012).

Esses benefícios também contribuem para melhorar o humor, aumentar a disposição mental e física e diminuir o consumo de fármacos em geral.

Os efeitos da prática de exercício físico sobre os níveis de ansiedade encontrado no presente estudo também já foram observados em outros estudos brasileiros. O estudo realizado por Maximiniano et al. (2020) objetivou identificar a relação entre níveis de atividade física e sintomatologia de ansiedade e depressão em universitários do curso de Educação Física de uma universidade privada em Muriaé, Minas Gerais. Os resultados obtidos revelaram que 18% dos alunos apresentaram baixo nível de atividade física, 20% moderado e 62% alto nível. Em relação aos sintomas de ansiedade, 65,3% dos alunos apresentaram ansiedade moderada e 34,7% ansiedade alta. Eles concluíram que os alunos que praticam menos exercícios apresentaram maior sintomatologia de ansiedade.

Para finalizar, uma breve consideração deve ser feita no que diz respeito a esse efeito da prática de exercício sobre os níveis de ansiedade. Parece haver uma variável confundidora que traz dúvidas sobre esse efeito. Ou seja, não é possível afirmar que o que tenha exercido efeito minimizador dos níveis de ansiedade tenha sido a prática de exercício físico em si. Isso porque é possível supor que pessoas que continuaram saindo de casa para fazer exercícios físicos, *outdoors* ou *indoors* (tão logo foi permitido pelas autoridades de saúde), de certa forma eram pessoas menos ansiosas, já que se mostraram mais relaxadas quanto às medidas de isolamento e distanciamento social. Assim, o efeito dessa covariável deve ser analisado com cautela, uma vez que as evidências de que exercício físico regular diminui os níveis de ansiedade são originárias de estudos conduzidos fora do contexto pandêmico.

Conclusões

De acordo com esse estudo, pode-se concluir que a pandemia exerceu efeito significativo, após o ajuste dos efeitos das covariáveis, sobre os níveis de ansiedade estado, mas não da ansiedade-traço. Como foi dito, a ansiedade refere-se a um estado emocional transitório, que é experimentado

subjetivamente com de apreensão e medo, e que por ser transitória varia de acordo com o contexto e com o tempo. Por outro lado, a ansiedade como traço de personalidade é mais estável, menos afetado por contextos, manifestando-se como disposição pessoal para responder com sinais emocionais, cognitivos e fisiológicos de ansiedade a situações estressantes (Spielberger, 1972). Assim, é esperado que o contexto pandêmico exerça efeito sobre o estado de ansiedade, mas não sobre o traço de ansiedade.

Os resultados sugerem a necessidade de medidas efetivas para promover a saúde mental dos brasileiros e reduzir os efeitos adversos da pandemia, que ainda podem perdurar. Além disso, dados os efeitos significativos do sexo e da idade, é importante que as ações de promoção à saúde mental pós-pandemia priorizem as mulheres e as pessoas mais jovens, pois, ao que tudo indica, esses são os grupos mais vulnerabilizados. Adicionalmente, considerando o efeito significativo da prática de exercício físico sobre os níveis de ansiedade (estado e traço), e considerando que essa variável tem sido consistentemente considerada um importante aliado para uma vida saudável e equilibrada, contribuindo para a saúde física e mental dos indivíduos, sugere-se que as ações de promoção de saúde mental no pós-pandemia incorporem a recomendação da prática de exercícios físicos regulares.

O presente estudo apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas. Primeiramente, o tipo de amostragem adotada é por conveniência. Tal fato impede a extrapolação dos resultados para toda a população, uma vez que esse tipo de amostragem não permite generalização. Além disso, não foram medidas variáveis sociodemográficas importantes, como nível de escolaridade, renda, estado civil, por exemplo, que poderiam ser consideradas covariáveis relevantes do estudo. Por fim, o efeito da covariável “prática do exercício físico” sobre os níveis de ansiedade, pode ter sido mascarado pelo efeito de outras variáveis confundidoras, uma vez que quem saiu de casa para fazer exercícios físicos, sobretudo durante o primeiro ano de pandemia, quando foram impostas as medidas de isolamento e distanciamento social, podem ter sido pessoas com baixos níveis de ansiedade

traço e estado, como já foi dito. Ou seja, é possível supor que essas pessoas estavam relativamente despreocupadas com a pandemia, com baixos níveis de ansiedade e, por isso, não acatavam totalmente as recomendações de isolamento social. Talvez fosse necessário terem sido feitas perguntas sobre o nível de preocupação quanto aos riscos de contaminação pelo coronavírus e sobre nível de aderência a medidas de isolamento e distanciamento social. Com essas perguntas, os efeitos dessas outras covariáveis poderia ter sido considerado e assim poderia se analisar se o efeito da prática de exercício físico permaneceria como significativo no modelo.

A pandemia de Covid-19 causou um impacto significativo na saúde mental das pessoas em todo o mundo (Brooks et al., 2020; Fiorillo & Gorwood, 2020; McCracken et al., 2020; Salari et al., 2020; Xiong et al., 2020), incluindo no Brasil (Schmidt et al., 2020). É possível supor que, inicialmente, o medo de contrair o vírus, de morrer ou de perder entes queridos foram provavelmente os principais fatores desencadeantes da ansiedade. Ao longo da pandemia, a imposição de medidas de distanciamento social e de restrição de circulação das pessoas nas cidades pode também ter afetado os níveis de ansiedade das pessoas.

Adicionalmente, de acordo com Nunes et al. (2022) e Nunes et al. (2023), no caso específico do Brasil, durante a pandemia, os brasileiros sentiram-se menos felizes, se comparado ao período pré-pandêmico, e esse sentimento de infelicidade talvez tenha se agravado em função da maneira errática com que o Governo Federal lidou com a pandemia, que pode ter contribuído para a instalação de uma crise de confiança na população em relação a que medidas de proteção deveriam adotar. Durante a pandemia, o governo assumiu uma postura negacionista, ora minimizando o sofrimento e as mortes, ora apostando em tratamentos precoces, reconhecidamente ineficazes, desencorajando medidas de prevenção ou atrasando a vacinação (Ferigato et al., 2020). Isso levou a comunidade científica internacional, que baseia seu entendimento em dados científicos, a concluir que o Brasil apresentou uma das piores respostas à pandemia no mundo (Sachs et al., 2020). Tal postura resultou no aumento exponencial do número de

casos e mortes e no agravamento da situação econômica, com recorde de desemprego em 20 estados (Barros, 2021). Consequentemente, muitas pessoas sentiram-se desnorteadas e passaram a viver na incerteza em relação à sua subsistência e à de suas famílias, o que pode ter agravado os níveis de estresse e ansiedade de parte da população. De acordo com Cluver et al. (2020), contextos sociais e políticos adversos em tempos de Covid-19 também pode aumentar os níveis de estresse e medo, o que pode estar relacionado ao aumento dos níveis de ansiedade das pessoas.

Por fim, é importante considerar que, de acordo com o Boletim do Observatório Fiocruz Covid-19 (Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2021), o Brasil é um dos países com maiores discrepâncias sociais, colocando certos grupos, durante a pandemia, em grande desvantagem para cumprir as medidas de higiene, distanciamento físico e social, isolamento e quarentena, bem como para ter acesso aos serviços de saúde, incluindo exames diagnósticos, tratamento e reabilitação. Considerando que as disparidades sociais e desigualdades em saúde constituem um obstáculo extra no combate à pandemia e no período pós-pandemia, os níveis de ansiedade para pessoas em vulnerabilidade social ainda são mais elevados. Por isso, ainda que no presente estudo a variável socioeconômica não tenha sido considerada, o que é uma de suas limitações, enfatiza-se que as ações em saúde, por meio de políticas públicas, privilegiem também os grupos socialmente e economicamente excluídos, e levem em conta a importância da equidade em saúde como um princípio básico do SUS.

Referências

- Agresti, A., & Finlay, B. (2009). *Statistical methods in the social sciences* (4rd ed.). Prentice Hall.
- Asmundson, G. J., Fetzner, M. G., Deboer, L. B., Powers, M. B., Otto, M. W., & Smits, J. A. (2013). Let's get physical: a contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders. *Depression and anxiety, 30*(4), 362-373. <https://doi.org/10.1002/da.22043>
- Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders, 70*, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>
- Baguley, T. (2012). *Serious stats: A guide to advanced statistics for the behavioral sciences*. Palgrave Macmillan. Recuperado de <https://www.macmillanihe.com/page/detail/Serious-Stat?K=9780230577183>
- Barlow, D. H. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. (5a ed.). Artmed.
- Barros, A. (2021). Com pandemia, 20 estados têm taxa média de desemprego recorde em 2020. *Agência IBGE Notícias*. Recuperado de <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30235-com-pandemia-20-estados-tem-taxa-media-de-desemprego-recorde-em-2020>
- Barros, M. B. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S., Romero, D., Souza, P. R. B., Júnior, Azevedo, L. O., Machado, I. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. O., Silva, D. R. P., Pina, M. F., & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante uma pandemia de Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 29*(4), e2020427. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000400018>
- Biddle, S. J., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine, 45*(11), 886-895. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
- Blumenthal, J. A., Smith, P. J., Hoffman, B. M., Emery, C. F., Ruo, B., & Focht, B. C. (2021). Aerobic exercise versus sertraline for depression in elderly patients with comorbid anxiety symptoms: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health, 25*(4), 617-625. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1741705>
- Bravin, A. A., & de-Farias, A. K. C. R. (2010). Análise comportamental do transtorno de ansiedade generalizada (TAG): implicações para avaliação e tratamento. In A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 192-215). Artmed.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, & N. Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*(3), 256-271.
- Brummett, B. H., Babyak, M. A., Siegler, I. C., Vitaliano, P. P., Ballard, E. L., Gwyther, L. P., & Williams, R. B. (2006). Associations among perceptions of social support, negative affect, and quality of sleep in caregivers and noncaregivers. *Health Psychology, 25*(2), 220-225. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.2.220>
- Campos, C. G., Muniz, L. A., Belo, V. S., & Romano, M. C. C. (2019). Conhecimento de adolescentes acerca dos benefícios do exercício físico para saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva, 24*(8), 2943-2952. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23352017>
- Carvalho, P. M. M., Moreira, M. M., Oliveira, M. N. A., Landim, J. M. M., & Rolim, M. L., Neto (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Research, 286*, 112902. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112902>

- Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchart, A., Tomlinson, M., Ward, C. L., Doubt, J., McDonald, K. (2020). Parenting in a time of Covid-19. *The Lancet*, 395(10231), E64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
- DeBoer, L. B., Powers, M. B., Utschig, A. C., Otto, M. W., & Smits, J. A. (2012). Exploring exercise as an avenue for the treatment of anxiety disorders. *Expert review of neurotherapeutics*, 12(8), 1011-1022. <https://doi.org/10.1586/ern.12.73>
- El-Kader, S. M. A., & Al-Lihaibi, S. S. (2016). Exercise and anxiety disorders. *Journal of Novel Physiotherapies*, 6(2), 308.
- Ferigato, S., Fernandez, M., Amorim, M., Ambrogi, L., Fernandes, L. M. M., & Pacheco, R. (2020). The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 396(10263), 1636. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32164-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32164-4)
- Fernandes, M. A., Ribeiro, H. K. P., Santos, J. D. M., Monteiro, C. F. S., Costa, R. S., & Soares, R. F. S. (2018). Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl. 5), 2213-2220. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>
- Fioravanti, A. C., Cheniaux, E., & Ladeira-Fernandez, J. (2011). Development and validation of a short-form version of the Brazilian State-Trait Anxiety Inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 485-494. <http://doi.org/10.1590/S0102-79722011000300009>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the Covid-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), E32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Fundação Oswaldo Cruz. (2021). *Boletim observatório Covid-19: um balanço da pandemia em 2020*. Recuperado de https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_edicao_especial_2021.pdf
- Gaitz, C., & Scott, J. (1972). Age and the measurement of mental health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 13, 55-67.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference, 17.0 update* (10th ed.). Pearson.
- Glen, S. (2015, May 5). *ANCOVA: Analysis of covariance*. Statistics How To. Recuperado de <https://www.statisticshowto.com/ancova/>
- Gordon, B. R., McDowell, C. P., Hallgren, M., & Meyer, J. D. (2021). Resistance exercise training for anxiety and worry symptoms among young adults: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 139, 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.06.038>
- Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A., & Rosa, A. R. (2021). Covid-19 e saúde mental no Brasil: sintomas psiquiátricos na população geral. *Jornal de Pesquisa Psiquiátrica*, 132, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>
- Grace-Martin, K. (2019, January 14). The general linear model, analysis of covariance, and how ANOVA and linear regression really are the same model wearing different clothes. *The Analysis Factor*. Recuperado de <https://www.theanalysisfactor.com/general-linear-model-anova-regression-same-model/>
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1963). *Americans view their mental health*. Basic Books.
- Henderson, A. S., Scott, R., Kay, D. W., & Wilson, J. (1998). Major depression in old age: a population study. *Archives of General Psychiatry*, 55(11), 1073-1081. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Herring, M. P., Jacob, M. L., Suveg, C., Dishman, R. K., & O'Connor, P. J. (2012). Feasibility of exercise training for the short-term treatment of generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 21-28. <https://doi.org/10.1159/000327898>
- Herring, M. P., O'Connor, P. J., & Dishman, R. K. (2010). The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 170(4), 321-331. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.530>

- Himmelfarb, S., & Murrell, S. A. (1984). The prevalence and correlates of anxiety symptoms in older adults. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 116(2), 159-167. <https://doi.org/10.1080/00223980.1984.9923632>
- Howell, D. C. (2013). *Statistical methods for psychology* (8th ed.). Cengage Learning. Recuperado de <https://www.cengage.com/c/statistical-methods-for-psychology-8e-howell/9780357670996PF/>
- Kinrys, G., & Wygant, L. E. (2005). Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 43-50. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462005000200006>
- Leighton, A. H., Lambo, T. A., Hughes, C. C., Macklin, D. B., & Leighton, D. C. (1963). Psychiatric disorder among the Yoruba. *American Journal of Psychiatry*, 120(10), 936-944. <https://doi.org/10.1192/bjpp.2017.58>
- Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2011). Anxiety disorders in later life. In *Handbook of anxiety disorders in older adults* (pp. 41-58). Springer.
- Macedo, C. S. G., Garavello, J. J., Oku, E. C., Miyagusuku, F. H., Agnoll, P. D., & Nocetti, P. M. (2012). Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 16(suppl. 1), 104-112. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.8n2p19-27>
- Maia, M. S., Aguiar, M. I. F., Chaves, E. S., & Rolim, I. L. T. P. (2014). Qualidade de vida de mulheres com tensão pré-menstrual a partir da escala WHOQOL-BREF. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(2), 236-244. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i2.15759>
- Maximiniano, V. S., Hudson, T. A., Ferreira, L. K., Dornellas, L. C. G., Paula, O. R., Neves, C. M., Cataldi, C. L., & Meireles, J. F. F. (2020). Nível de atividade física, depressão e ansiedade de estudantes de graduação em Educação Física. *Edição Sílabas Didáticas*, 16(suppl. 1), 104-112. <https://doi.org/10.6063/motricidade.22313>
- McCracken, L. M., Buhrman, M., Bandinlou, F., & Brocki, K. C. (2020). Health, well-being, and persisting symptoms in the pandemic: What is the role of psychological flexibility? *Science*, 26, 187-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.10.003>
- Montgomery, D. C. (1991). *Design and analysis of experiments* (3rd ed.). J. Wiley & Sons.
- Musse, F. C., Castro, L. S., Mestre, C. G., Pelloso, S. M., Poyares, L. L., Lozinski Musse, A., & Carvalho, T. (2022). Violência mental: ansiedade e depressão durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. *Revista de Psicologia da IMED*, 15(1), e9684. <https://doi.org/10.18256/2358-6508/psico-imed.v15n1p55-67.maio/2022>
- Netter, J., & Wasserman, W. (1974). *Applied linear statistical models: regression, analyses of variance and experimental designs*. R. D. Irwin.
- Nunes, S. A. N., Almeida, D. M., & Nogueira, L. O. (2022). Felicidade e bem-estar espiritual durante a pandemia de Covid 19 no Brasil. In C. G. Pazo, & D. M. F. Casemiro (Orgs.), *Casa e pandemia: contexto, experiências e reflexões*. UFSB.
- Nunes, S. A. N., Costa, J. S., Almeida, A. K. S., & Fernandes, M. G. (2023). The role of sociodemographic variables and spiritual well-being in predicting levels of happiness in Brazilians. *Synesis*, 15, 289-314.
- Oliveira, D. V., Fidelix, Y. L., Freire, G. L. M., Yoshida, H. M., Fernandes, P. T., & Nascimento, J. R. A., Júnior. (2022). A idade como preditora de ansiedade e depressão de adultos brasileiros durante a pandemia da Covid-19. *ConScientiae Saúde*, 21(1), e21490. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v21n1.21490>
- Pan American Health Organization. (2018). *Mental health: Facing the challenges, building solutions*. PAHO.
- Panno, A., Donati, M. A., Milioni, M., Chiesi, F., & Primi, C. (2018). Why women take fewer risk than men do: the mediating role of state anxiety. *Sex Roles*, 78(3-4), 286-294. doi.org/10.1007/s11199-017-0781-8

- Sachs, J. D., Karim, S. A., Akin, L., Allen, J., Brosbøl, K., Barron, G. C., Daszak, P., Espinosa, M. F., Gaspar, V., Gavi, A., Haines, A., Hotez, P., Koundouri, P., Bascuñán, F. L., Lee, J.-K., Pate, M., Polman, P., Reddy, S., Serageldin, I., ... , & Bartels, J. G. E. (2020). Lancet Covid-19 commission statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly. *Lancet*, *396*(10257), 1102-1124.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the Covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, *16*(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589->
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*, *37*, e200063. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Seens, H., Modarresi, S., Fraser, J., MacDermid, J. C., Walton, D. M., & Grewal, R. (2021). The role of sex and gender in the changing levels of anxiety and depression during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *Women's Health*, *17*. <https://doi.org/10.1177/17455065211062964>
- Sistema Universidade Aberta do SUS. (2023, 9 de maio). *OMS declara fim da emergência de saúde pública de importância internacional referente à Covid-19*. Recuperado em 1º de outubro de 2023, de <https://www.unasus.gov.br/noticia/oms-declara-fim-da-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-referente-a-covid-19>
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: current trends in theory and research*. Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI manual for the state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Streiner, D. L. (2003). Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, *80*(3), 217-222. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8003_01
- Valadares, G. C., Ferreira, L. V., Correa, H., Filho, & Romano-Silva, M. A. (2006). Transtorno disfórico pré-menstrual revisão: conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Archives of Clinical Psychiatry*, *33*(3), 117-123. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000300001>
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44399>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. WHO. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *7*(1), 77-92. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i1.130>
- Zhang, S. X., Huang, H., Li, J., Antonelli-Ponti, M., Paiva, S. F., & Silva, J. A. (2021). Predictors of depression and anxiety symptoms in Brazil during Covid-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(13), 7026. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137026>

Transtornos Disruptivos de Controle de Impulsos e da Conduta com Ênfase em TOD: uma Revisão da Literatura de suas Alterações Neuroanatomofuncionais

Gabriela de Lima Cerqueira¹, Emilly Santos da Silva Carmo², Emanuel Santos de Araujo Filho³,
Larissa de Oliveira Ribeiro⁴ e Rodrigo Barbosa Nascimento⁵

Universidade Salvador, Feira de Santana, Bahia

Resumo: Este artigo objetiva mapear e sistematizar a literatura científica a respeito das principais alterações neuroanatomofuncionais presentes nos Transtornos Disruptivos de Controle de Impulsos e da Conduta com ênfase no Transtorno de Oposição Desafiante (TOD). Para atender esse objetivo, este artigo foi desenhado com base no método de revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, utilizando as bases de dados PubMed/MEDLINE, Portal da BVS/LILACS, Scientific Electronic Library Online — SciELO, e o Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia — PePSIC, orientado com base em Souza et al. (2010). Foram encontrados oito artigos que compuseram a amostra total e que atenderam ao objetivo proposto, bem como os critérios de inclusão e exclusão, artigos publicados entre 2012 e 2022, sendo todos de língua estrangeira. Nestes artigos, foram encontradas alterações neuroanatomofuncionais na: amígdala, córtex orbitofrontal, córtex pré-frontal, córtex cingulado, sistema nervoso simpático, substância branca, substância cinzenta e estriado. No que se refere à alteração da amígdala, os achados corroboram com resultados anteriores encontrados na literatura em que apoiam a ocorrência de uma menor ativação da região da amígdala, principalmente quando o TOD apresenta-se como comorbidade com outros transtornos. Conclui-se que, embora os transtornos de comportamento disruptivo e o TOD apresentem alterações neurológicas, torna-se imprescindível salientar que, devido à existência de comorbidades no diagnóstico do Transtorno Opositor Desafiador presentes na amostra dos artigos elencados, não foi possível concluir se as áreas cerebrais envolvidas referem-se ao todo ou à patologia central, portanto, os resultados deste artigo servem como um ponto de partida para a realização de pesquisas futuras, sobretudo com pacientes diagnosticados com TOD sem outras comorbidades.

Palavras-chave: transtorno opositor desafiador, neurologia, neurobiologia, neuropsicologia

¹ Acadêmica do curso de Bacharelado em Psicologia pela Universidade Salvador — *Campus* Feira de Santana. Integrante do Laboratório de Estudos em Biologia, Filosofia e Psicologia (Labiofip) e do GT em Psicologia e Biologia Evolutiva (CRP-03/BA). *E-mail:* gabriela27cerqueira@gmail.com

² Acadêmica do curso de Bacharelado em Psicologia pela Universidade Salvador — *Campus* Feira de Santana. Integrante do Laboratório de Estudos em Biologia, Filosofia e Psicologia (Labiofip) e do GT em Psicologia e Biologia Evolutiva (CRP-03/BA). *E-mail:* emilly_ssc@hotmail.com

³ Acadêmico do curso de Bacharelado em Psicologia pela Universidade Salvador — *Campus* Feira de Santana. Integrante do Laboratório de Estudos em Biologia, Filosofia e Psicologia (Labiofip) e do GT em Psicologia e Biologia Evolutiva (CRP-03/BA). *E-mail:* emanuefilho616@gmail.com

⁴ Acadêmica do curso de Bacharelado em Psicologia pela Universidade Salvador — *Campus* Feira de Santana. Integrante do Laboratório de Estudos em Biologia, Filosofia e Psicologia (Labiofip) e do GT em Psicologia e Biologia Evolutiva (CRP-03/BA). *E-mail:* larissalor779@gmail.com

⁵ Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pós-graduado em Neuropsicologia pela Faculdade Dom Alberto. Pós-graduado em Psicobiologia (FAMEESP). Coordenador do GT em Psicologia e Biologia Evolutiva pelo Conselho Regional de Psicologia da Bahia (CRP-03/BA) e do Laboratório de Estudos em Biologia, Filosofia e Psicologia (Labiofip). *E-mail:* nascimentolag@gmail.com

Disruptive Impulse Control and Conduct Disorders with an Emphasis on ODD: a Literature Review of their Neuroanatomofunctional Alterations

Abstract: This article aims to map and systematize the scientific literature regarding the main neuroanatomofunctional alterations present in Disruptive Impulse Control and Conduct Disorders, with an emphasis on Oppositional Defiant Disorder (ODD). To achieve this objective, the article was designed based on the integrative literature review method, with a descriptive character, using the databases PubMed/MEDLINE, Portal da BVS/LILACS, Scientific Electronic Library Online — SciELO, and the Electronic Journals Portal in Psychology — PePSIC, guided by Souza et al. (2010). A total of 8 articles were found that composed the sample and met the proposed objective, as well as the inclusion and exclusion criteria, with articles published between 2012 and 2022, all in a foreign language. In these articles, neuroanatomofunctional alterations were found in the amygdala, orbitofrontal cortex, prefrontal cortex, cingulate cortex, sympathetic nervous system, white matter, gray matter, and striatum. Regarding the alteration of the amygdala, the findings corroborate previous results found in the literature, supporting the occurrence of lower activation in the amygdala region, especially when ODD is comorbid with other disorders. It is concluded that although disruptive behavior disorders and ODD present neurological alterations, it is essential to emphasize that due to the presence of comorbidities in the diagnosis of Oppositional Defiant Disorder in the sample of the listed articles, it was not possible to conclude whether the involved brain areas refer to the entirety or the central pathology. Therefore, the results of this article serve as a starting point for future research, especially with patients diagnosed with ODD without other comorbidities.

Keywords: oppositional defiant disorder, neurology, neurobiology, neuropsychology

Introdução

Os estudos de natureza neurológica atualmente contribuem significativamente para o avanço da ciência psicológica, proporcionando um maior conhecimento de processos psicológicos e entendimentos sobre as estruturas internas do indivíduo (Luria, 1981, p. 4). A partir de estudos dessa natureza, estabeleceu-se uma nova área de estudo e investigação: a neuropsicologia. Conforme Dalgalarrodo (2019), a neuropsicologia, enquanto área e saber, consolidou-se diante da investigação a respeito das relações entre as funções psicológicas e a atividade cerebral e, além disso, proporcionou um acréscimo ao entendimento acerca da natureza dos Transtornos Mentais.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais — DSM 5 TR, resumidamente, considera-se um transtorno mental quando há alterações significativas na “(...) cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (American Psychiatric Association [APA], 2022, p. 15, tradução nossa). Normalmente, suas classificações são organizadas em grandes categorias, como, por exemplo: transtornos do neurodesenvolvimento, transtornos depressivos, transtornos dissociativos etc., seguido de seus subtipos.

No que nos interessa, uma dessas categorias é a dos Transtornos Disruptivos do Controle de Impulsos e da Conduta. Segundo o Manual, essa categoria comporta os transtornos referentes a problemas de autocontrole de emoções e de comportamentos, tendo como diferencial a manifestação de comportamentos que violam direitos de outras pessoas (por exemplo, furtos, agressões físicas ou mentais, destruição de propriedades etc.) (APA, 2022, p. 522). Dentro dessa categoria, inclui-se o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), ao qual daremos ênfase nesse estudo, e que tem como característica principal o humor raivoso/irritável em que o comportamento é questionador/desafiante, estimado em aproximadamente 3,3% da população e com maior incidência em indivíduos do sexo masculino (APA, 2022).

Não obstante que os fatores que contornam um transtorno mental sejam, normalmente, multifatoriais, a investigação acerca dos fatores biológicos, especificamente neurológicos, neurobiológicos e/ou neuropsicológicos demanda atenção (Dalgalarrodo, 2019). Sendo assim, a literatura científica vem produzindo esforços importantes para elucidar acerca da neuropsicologia ou neurologia dos Transtornos Disruptivos do Controle de Impulso e da Conduta, especificamente o TOD, para além de uma ótica social ou estritamente psicológica. Segundo Noordermeer et al. (2016), algumas alterações em determinadas regiões do cérebro (seja de um ponto de vista funcional ou estrutural) mostram-se, em certa medida, presentes nos casos da categoria dos Transtornos Disruptivos do Controle de Impulso e da Conduta, assim como no TOD, apesar de a literatura ainda demandar maiores estudos, sobretudo nacionais.

A partir de uma revisão integrativa realizada no período de março a dezembro de 2022, o presente estudo traz como objetivo mapear e sistematizar a literatura científica a respeito das principais alterações neuroanatomofuncionais presentes nos Transtornos Disruptivos de Controle de Impulsos e da Conduta com ênfase no Transtorno de Oposição Desafiante (TOD).

Visando contribuir nessa direção, a produção desse artigo se justifica na medida em que busca aproximar e dar possibilidade de campos de investigação para maiores produções sobre as principais alterações neuroanatomofuncionais dos Transtornos Disruptivos do Controle de Impulsos e da Conduta na língua portuguesa, compilando assim recortes de dados existentes na literatura científica e viabilizando maior acessibilidade desses conteúdos à comunidade científica brasileira, visto que a maioria das produções são de caráter estrangeiro.

Método

De forma a sistematizar os dados colhidos para o presente artigo, foi escolhido como método a revisão integrativa, que permite coletar informações, analisá-las e sistematizá-las com uma ampla gama de amostras, de forma a integrar vários tipos de estudos desde os primários aos secundários, proporcionando

um maior panorama das evidências publicadas, para, assim, abordar e atender ao objeto proposto, conforme salientam e orientam Souza et al. (2010). A presente revisão guiou-se a partir da seguinte pergunta norteadora: “Há evidências que indivíduos com Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) apresentam alterações neuroanatomofuncionais?”.

Com o objetivo de colher as informações com um maior rigor metodológico, usamos como base critérios de forma a integrar ou excluir artigos que condizem com nosso objetivo. Os critérios de inclusão para essa revisão, foram: a) artigos de caráter primário; b) artigos de revisão; c) artigos observacionais; d) artigos que apresentem achados acerca das características neurobiológicas ou neuropsicológicas do Transtorno de Oposição Desafiante, mesmo que o transtorno venha como comorbidade, sem restrição quanto à língua. Já os critérios que usamos para não incluir foram: a) ensaios teóricos; b) relatos de experiência; c) livros e artigos de livros; d) teses, dissertações e monografias; e) artigos com títulos sem ligação com o tema ou tradução de artigos.

Esse estudo foi delimitado através dos descritores que estavam registrados no DeCS — Descritores em Ciências da Saúde, sendo eles: neurobiologia, neuropsicologia, neurologia e transtorno opositor desafiador e seus correspondentes na língua inglesa. Após a seleção dos descritores, foram feitas pesquisas nas bases de dados: PubMed/MEDLINE, BVS/LILACS, SciELO, PePSIC; tais pesquisas foram realizadas com combinações dos descritores, totalizando quatro cruzamentos representados no Quadro 1, pesquisando, assim, as combinações em português e inglês em cada base de dados utilizando somente o operador booleano [AND].

Quadro 1

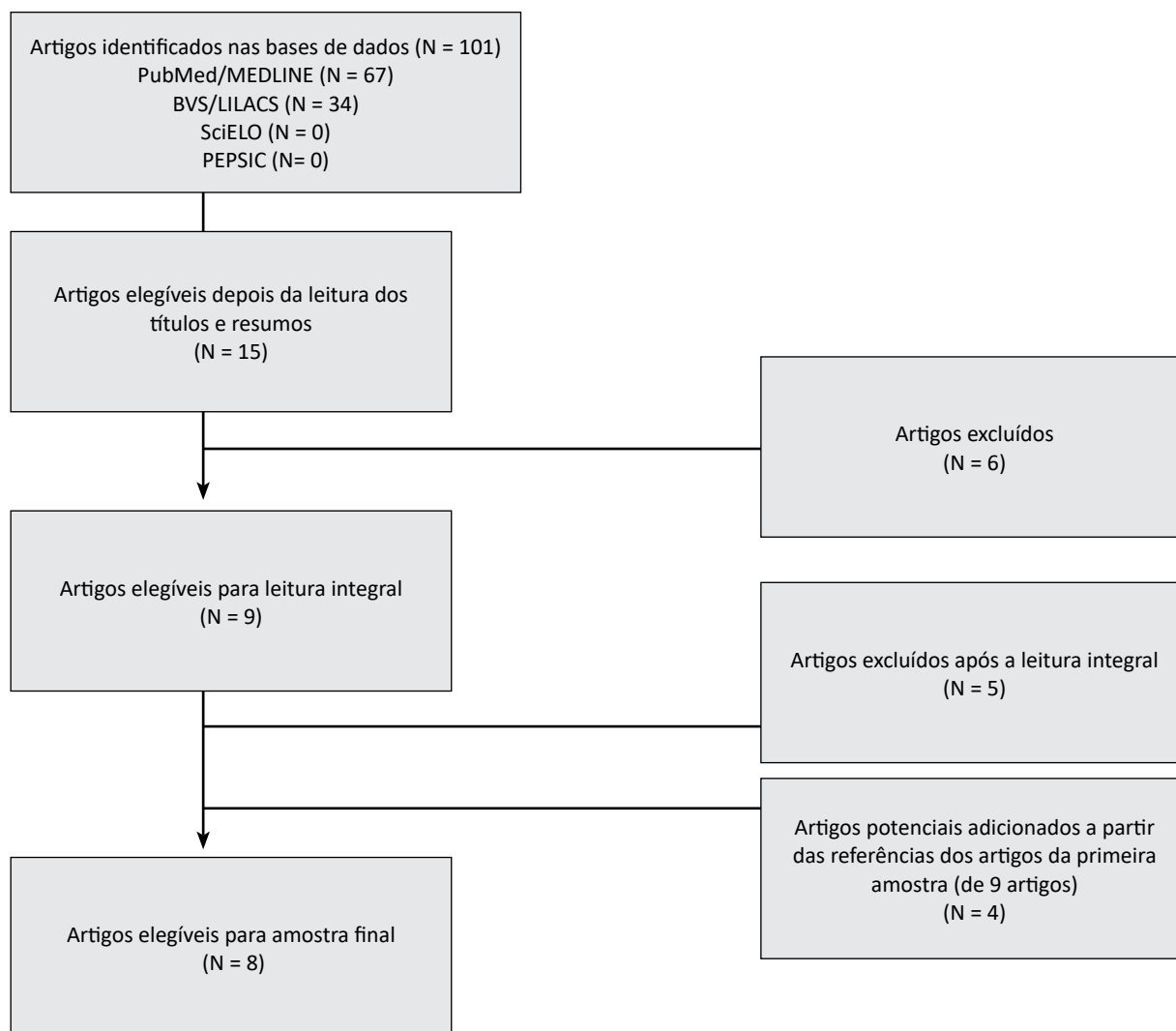
Cruzamentos para filtragem de artigos

Cruzamentos	Pesquisa em português	Pesquisa em inglês
Primeiros cruzamentos (PubMed/MEDLINE)	Neurobiologia AND Transtorno Opositor Desafiador Neuropsicologia AND Transtorno Opositor Desafiador Neurologia AND Transtorno Opositor Desafiador	<i>Neurobiology AND Oppositional Defiant Disorder</i> <i>Neuropsychology AND Oppositional Defiant Disorder</i> <i>Neurology AND Oppositional Defiant Disorder</i>
Segundos cruzamentos (BVS/LILACS)	Neurobiologia AND Transtorno Opositor Desafiador Neuropsicologia AND Transtorno Opositor Desafiador Neurologia AND Transtorno Opositor Desafiador	<i>Neurobiology AND Oppositional Defiant Disorder</i> <i>Neuropsychology AND Oppositional Defiant Disorder</i> <i>Neurology AND Oppositional Defiant Disorder</i>
Terceiros cruzamentos (SciELO)	Neurobiologia AND Transtorno Opositor Desafiador Neuropsicologia AND Transtorno Opositor Desafiador Neurologia AND Transtorno Opositor Desafiador	<i>Neurobiology AND Oppositional Defiant Disorder</i> <i>Neuropsychology AND Oppositional Defiant Disorder</i> <i>Neurology AND Oppositional Defiant Disorder</i>
Quartos cruzamentos (PePSIC)	Neurobiologia AND Transtorno Opositor Desafiador Neuropsicologia AND Transtorno Opositor Desafiador Neurologia AND Transtorno Opositor Desafiador	<i>Neurobiology AND Oppositional Defiant Disorder</i> <i>Neuropsychology AND Oppositional Defiant Disorder</i> <i>Neurology AND Oppositional Defiant Disorder</i>

Com o processo dos cruzamentos nas bases de dados, foi feita uma leitura do título, sendo levado em conta nosso objetivo; logo em seguida, dos artigos selecionados por título, foi feita a leitura integral dos resumos, sendo dividido o número de artigos por resumo em duas duplas de integrantes, selecionando apenas os artigos que se enquadraram nos critérios de elegibilidade, conforme exposto anteriormente. Depois, foi realizada uma leitura integral de todos os artigos, em seguida, foram excluídos os artigos que tinham dados sem nexos ou ausentes para nosso objetivo. Apesar da sinalização das bases de dados usadas, os artigos foram encontrados apenas em duas delas: PubMed e BVS.

Após essa etapa, evidenciamos que na nossa pesquisa havia possibilidade de inserção de potenciais estudos para atender nosso objetivo. Dessa forma, buscamos nas referências dos artigos anteriormente coletados novos artigos acerca do tema. Sequencialmente à seleção, foi feito um filtro por título, ano de recorte e resumo. Assim, utilizando dos mesmos critérios de inclusão e exclusão da primeira amostra de artigos, alguns foram escolhidos para leitura integral e, portanto, para realização do fichamento e adição à amostra final. O processo de colhimento dos artigos desta revisão integrativa está resumido na Figura 1.

Figura 1
Fluxograma da revisão integrativa



Resultados

O presente estudo foi constituído por uma amostra de oito artigos no total, que trazem achados a respeito das alterações neuroanatomofuncionais nos Transtornos Disruptivos do controle de impulsos e da conduta, buscando uma ênfase no Transtorno de Oposição Desafiante (TOD). Foi realizada a construção do Quadro 2 para elencar a amostra dos estudos revisados nesse trabalho apresentando o título dos artigos, os nomes dos autores, o indexador, a revista em que eles se encontram e o ano de sua publicação.

Observando a amostra desse estudo, notou-se que os anos 2013, 2014 e 2016 apresentaram maior concentração de produções a respeito desse tema com dois artigos por ano, seguidos pelos anos 2012 e 2020 com uma quantidade reduzida de apenas um artigo por ano. Dentre outros achados, percebeu-se que todos os artigos eram de língua estrangeira, demarcando, portanto, a falta de documentos dessa natureza na literatura brasileira. Além disso, evidenciou-se que a maioria das pesquisas foram realizadas por autores do sexo masculino, neste caso, sendo 29 homens em contraste com 17 mulheres.

Quadro 2

Categorização da amostra

Nº	Autores	Título	Index.	Revista	Ano
1	Bolhuis & Tiemeier	<i>Disruptive behaviour problems in childhood: studies on phenotypic heterogeneity and neurobiology from the Generation R Study</i>	PubMed	Tijdschrift voor Psychiatrie	2020
2	Hummer et al.	<i>The relationship of brain structure to age and executive functioning in adolescent disruptive behavior disorder</i>	Referências dos artigos	Psychiatry Research: Neuroimaging	2015
3	Marsh et al.	<i>Empathic responsiveness in amygdala and anterior cingulate cortex in youths with psychopathic traits</i>	Referências dos artigos	Journal of Child Psychology and Psychiatry	2013
4	Matthys et al.	<i>The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains</i>	PubMed	Development and Psychopathology	2013
5	Noordermeer et al.	<i>A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account</i>	BVS/PubMed	Neuropsychology Review	2016
6	White et al.	<i>Disrupted Expected Value Signaling in Youth With Disruptive Behavior Disorders to Environmental Reinforcers</i>	Referências dos artigos	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry	2014
7	White et al.	<i>Reduced Amygdala Response in Youths With Disruptive Behavior Disorders and Psychopathic Traits: Decreased Emotional Response Versus Increased Top-Down Attention to Nonemotional Features</i>	Referências dos artigos	The American Journal of Psychiatry	2012
8	White et al.	<i>Neural Correlates of the Propensity for Retaliatory Behavior in Youths With Disruptive Behavior Disorders</i>	PubMed	The American Journal of Psychiatry	2016

Visando uma apresentação pormenorizada dos dados, elaborou-se o Quadro 3, contendo informações relevantes referentes à amostra utilizada, tais como: título das obras, objetivo, método, população dos estudos e os principais achados presentes em cada um dos artigos. Assim, nos artigos analisados foram descritas alterações nas seguintes regiões cerebrais: amígdala, córtex orbitofrontal, córtex pré-frontal, córtex cingulado, sistema nervoso simpático, substância branca, substância cinzenta e estriado. No que se refere à alteração da amígdala, os achados corroboram com resultados anteriores encontrados na literatura em que apoiam a ocorrência de uma menor ativação na região da amígdala, bem como áreas próximas, principalmente nos casos em que o TOD aparece como comorbidade com outros transtornos ou quando se possui apenas seu diagnóstico.

Quadro 3

Detalhamento da amostra de acordo com a enumeração do Quadro 2

continua

Nº	Título	Objetivo	Método	População	Evidências encontradas
1	<i>Disruptive behaviour problems in childhood: studies on phenotypic heterogeneity and neurobiology from the Generation R Study</i>	Obter <i>insights</i> sobre o desenvolvimento neurológico de crianças com problemas comportamentais disruptivos.	Estudo Secundário	X	Alteração nas microestruturas da substância branca.
2	<i>The relationship of brain structure to age and executive functioning in adolescent disruptive behavior disorder</i>	No presente estudo, estendemos este trabalho anterior examinando como as características da substância cinzenta e branca estão associadas à idade em jovens com DBD durante a adolescência.	Estudo Primário	33 participantes foram diagnosticados com DBD, 19 dos quais também foram diagnosticados com TDAH.	Alteração na substância cinzenta, córtex cingulado.
3	<i>Empathic responsiveness in amygdala and anterior cingulate cortex in youths with psychopathic traits</i>	x	Estudo Primário	14 adolescentes com transtorno desafiador de oposição ou transtorno de conduta e traços psicopáticos, bem como 21 controles saudáveis pareados em idade, sexo e inteligência.	Alteração no estriado, córtex cingulado anterior e na menor ativação da amígdala.
4	<i>The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains</i>	Promover a discussão de estudos neurobiológicos do transtorno opositor desafiador e transtorno de conduta dentro de três domínios mentais: processamento de punição, processamento de recompensa e controle cognitivo.	Estudo Secundário	X	Alteração no Sistema Nervoso Simpático, no córtex orbitofrontal e na menor ativação da amígdala.
5	<i>A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account</i>	Esta revisão sistemática e meta-análise investiga os achados estruturais (RMs) e funcionais da RM (RMf) em indivíduos com TDO/DC com e sem transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).	Estudo Secundário	Os 29 estudos selecionados para revisão incluíram um total de 1.278 indivíduos, incluindo 713 pacientes e 565 controles.	Alterações na amígdala bilateral, ínsula bilateral, estriado direito e giro frontal medial/superior esquerdo, bem como no pré-cúneo esquerdo.
6	<i>Disrupted Expected Value Signaling in Youth With Disruptive Behavior Disorders to Environmental Reinforcers</i>	O objetivo desse estudo foi analisar a disfunção na sinalização de reforços ambientais comparando jovens com DBD e jovens saudáveis.	Estudo Primário	Um total de 30 jovens (15 jovens saudáveis e 15 jovens com DBD).	Alteração cognitiva.
7	<i>Reduced Amygdala Response in Youths With Disruptive Behavior Disorders and Psychopathic Traits: Decreased Emotional Response Versus Increased Top-Down Attention to Nonemotional Features</i>	Foi relatado que a disfunção da amígdala existe em jovens e adultos com traços psicopáticos. No entanto, tem havido discordância sobre se essa disfunção reflete um déficit emocional primário ou é secundária ao controle atípico da atenção. Os autores examinaram a validade das previsões contrastantes.	Estudo Primário	Os participantes foram 15 crianças e adolescentes (com idades entre 10 e 17 anos) com transtornos de comportamento disruptivo e traços psicopáticos e 17 com jovens da paróquia.	Alteração na menor ativação da amígdala.

Quadro 3

Detalhamento da amostra de acordo com a enumeração do Quadro 2

conclusão

Nº	Título	Objetivo	Método	População	Evidências encontradas
8	<i>Neural Correlates of the Propensity for Retaliatory Behavior in Youths With Disruptive Behavior Disorders.</i>	Jovens com transtornos de comportamento disruptivo (DBD) (transtorno de conduta e transtorno desafiador opositivo) têm um risco elevado de agressão reativa mal-adaptativa. A teoria sugere que isso se deve a uma sensibilidade elevada dos circuitos básicos de ameaça implicados na retaliação (amígdala/cinza periaquedutal) em jovens com DBD e baixos níveis de traços insensíveis-emocionais e atividade reguladora disfuncional no córtex pré-frontal ventromedial em jovens com DBD, independentemente de traços insensíveis-insensíveis.	Estudo Primário	Participaram 56 jovens de 10 a 18 anos (média = 14,74 anos, DP = 2,13), sendo 23 do sexo feminino: 30 jovens com DBD e 26 saudáveis.	Alterações na menor ativação amígdala e no córtex pré-frontal.

Discussão

De acordo com a APA (2022), os transtornos classificados como Transtornos Disruptivos do Controle de Impulsos e da Conduta se dividem em oito subcategorias. Posto isso, fica evidente a dificuldade em estabelecer um diagnóstico clínico, uma vez que todos esses oito transtornos partilham características similares (Barletta, 2011). Assim, um possível caminho para uma análise psicodiagnóstica mais fidedigna ao caso apresentado seria a análise de evidências neuroanatômofuncionais que corroborem para uma melhor elaboração diagnóstica e de intervenções terapêuticas mais adequadas a cada situação (Capovilla, 2007).

Em um estudo realizado por Hummer et al. (2015), foram levantadas informações em nível anatômico de adolescentes diagnosticados com o Transtorno do Comportamento Disruptivo, sendo que dos 33 participantes recrutados, 19 deles tinham Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como comorbidade. Nesse estudo, foram encontradas poucas diferenças anatômicas. O principal achado se refere ao volume da massa cinzenta no lobo temporal posterior, que diminui com a idade. Além disso, o artigo refere que o córtex cingulado anterior também demonstrou uma relação diferente com a idade, demonstrando um desenvolvimento considerado anormal ou atrasado nos jovens com o transtorno. Apesar de os autores encontrarem a anisotropia fracionada e o maior processamento de memória no grupo controle frente ao grupo com transtorno, em seu texto eles enfatizam que esses achados não diferenciam de forma significativa para dizer que o grupo com Transtorno do Comportamento Disruptivo tenha menor processamento de memória e que seja prejudicial de alguma forma.

White et al. (2016), em outro estudo, realizaram uma pesquisa com 56 jovens, dentre eles 26 eram saudáveis e metade da população restante apresentava, além do Transtorno do Comportamento Disruptivo, também TDAH comórbido, igualmente ao dado supracitado. Esse estudo mostrou a propensão retaliatória à agressão reativa em jovens com o transtorno ou, em outras palavras, avaliou o estado emocional usando como instrumento o Inventário de Traços Insensíveis-Sem Emoção, junto com a análise da ressonância magnética funcional buscando avaliar quais áreas no cérebro eram ativadas quando foi aplicado um jogo. Vale salientar que, nesse jogo, existem métodos de punição, assim, o estudo mediu também o nível de agressividade/raiva dos participantes. No que se refere às alterações fisiológicas, o presente estudo demonstrou uma disfunção do córtex pré-frontal ventromedial e da conectividade funcional do córtex pré-frontal ventromedial-amígdala na regulação do comportamento de retaliação. Ademais, jovens com o transtorno apresentavam menor ativação modulada

na amígdala direita, menor ativação no córtex pré-frontal ventromedial e ativação da substância cinzenta periaquedutal modulado significativamente maior em relação aos jovens saudáveis.

Uma revisão feita por Matthys et al. (2013) objetivou promover discussões sobre estudos neurobiológicos referentes ao processamento de punição, processamento de recompensa e controle cognitivo, em relação ao Transtorno de Oposição Desafiante e Transtorno de Conduta. Algumas alterações anatômicas encontradas são sobre a hiporreatividade do sistema nervoso simpático e a baixa frequência cardíaca basal. Além disso, há também uma hiporreatividade do córtex orbitofrontal à recompensa. Já em relação às alterações fisiológicas, encontrou-se uma hiporreatividade do cortisol ao estresse e da amígdala aos estímulos negativos relacionados à neurotransmissão alterada de serotonina e noradrenalina. Ambas as alterações implicam em uma possível predisposição para a quebra de regras e delinquências, e uma baixa sensibilidade à punição, respectivamente. Ademais, as alterações cognitivas encontradas indicam déficit no controle cognitivo, que abrange o funcionamento prejudicado no sistema paralímbico e córtex orbitofrontal e cingulado.

White et al. (2014) reuniram um total de 30 jovens, sendo 15 deles com Transtorno do Comportamento Disruptivo, em um estudo que buscou analisar a disfunção na sinalização de reforços ambientais comparando os dois grupos de jovens. Como resultado, os autores trazem alterações anatômicas nas seguintes regiões: cauda bilateral, uma região bilateral do tálamo posterior e córtex cingulado, uma região média do tálamo e giro parahipocampal bilateral. Igualmente, encontraram alterações fisiológicas na amígdala e na ínsula, além de alterações cognitivas no que se refere à tomada de decisões, sendo que os jovens com transtorno apresentam um déficit nesse aspecto, quando comparados aos jovens saudáveis.

Um estudo realizado por White et al. (2012) com 32 crianças e adolescentes, onde 15 delas apresentavam o Transtorno do Comportamento Disruptivo e traços psicopáticos, detectou alterações anatômicas no giro frontal, córtex cingulado posterior

e córtex temporal, sendo que em todas essas regiões os jovens com transtorno mostravam uma resposta BOLD⁶ inferior ao grupo controle. Nesse mesmo estudo, as alterações fisiológicas sugerem que o grupo de jovens saudáveis apresentou uma maior ativação na amígdala, podendo supor que os jovens com transtorno têm uma reação menor aos estímulos de medo. Os autores demonstraram, através dos dados coletados, que existe uma disfunção na amígdala que causa o comprometimento da resposta emocional e que isso pode estar associado ao componente insensível-emocional dos traços psicopáticos.

Marsh et al. (2013) fizeram um estudo com 35 adolescentes, sendo 14 com Transtorno de Oposição Desafiante ou Transtorno de Conduta com traços psicopáticos. Os autores trazem em seus achados alterações neurológicas referentes à ativação de áreas relacionadas a componentes afetivos da dor empática (estriado, córtex cingulado anterior e amígdala) no cérebro de indivíduos com traços psicopáticos, mostrando, assim, que essas áreas mencionadas sofrem uma redução significativa em sua ativação quando os indivíduos são expostos a imagens que os pesquisadores classificam como dolorosas.

Vale ressaltar que Marsh et al. (2013) trazem uma redução na ativação do córtex cingulado anterior, explicando que tal área está associada a componentes afetivos da dor empática. Por saber que essa região do córtex está ligada à regulação de algumas funções cognitivas, em especial à emoção, pode-se questionar se essa alteração é mais frequente em portadores do TOD quando em comparação com indivíduos com transtorno de conduta, uma vez que o diferencial diagnóstico, segundo o DSM-V TR, é o fato da desregulação emocional, ou seja, humor raivoso e irritável, que não estão inclusos na definição de transtorno da conduta (APA, 2022, p. 526).

Bolhuis & Tiemeier (2020) realizaram um artigo de tese com estudos que fizeram parte do *Generation R Study*, apontando em seus achados uma relação entre a redução da microestrutura da substância branca em crianças com comportamento delincente, como alterações fisiológicas.

⁶ O termo BOLD é uma sigla que se refere a Blood Oxygenation Level Dependent Effect, porque esse método se baseia no nível de oxigenação do sangue.

Uma revisão sistemática e meta-análise de neuroimagem realizada por Noordermeer et al. (2016) contemplou 29 estudos que incluíram 1.278 indivíduos em sua amostra total, sendo 713 pacientes. Os autores encontraram achados associados à amígdala, ínsula e córtex temporal. Descobriram também dados que mostram estruturas cerebrais menores e em menor atividade cerebral em indivíduos com Transtorno de Oposição Desafiante, são elas: amígdala bilateral, ínsula bilateral, estriado direito, giro frontal medial superior esquerdo e pré-cúneo esquerdo. Em compensação, não houve evidências de anormalidades no cerebelo e no córtex pré-frontal dorso lateral. As áreas em que os autores encontraram alterações estão relacionadas às emoções, ao monitoramento de erros, autocontrole, comportamento social e à empatia.

Os resultados desse estudo fazem correlação com outros achados dos artigos presentes na amostra do Quadro 3 no que tange às alterações na amígdala; a saber, a metanálise apresenta uma anormalidade na amígdala esquerda, enquanto os outros artigos evidenciam uma alteração funcional de menor ativação também da amígdala. Tal congruência de achados sobre a área afetada poderia ser um indicador relevante para promoção de novas pesquisas com ênfase maior nesta área cerebral na presença do TOD, haja vista que a influência da amígdala no TOD aparece em cinco dos oito estudos da amostra incluindo uma revisão sistemática com metanálise, que corresponde a uma modalidade de pesquisa com altíssimo rigor acadêmico e nível de evidência (Noordermeer et al., 2016).

Considerações Finais

O estudo sobre alterações neuroanatomofuncionais é de extrema importância para uma compreensão mais aprofundada de diversos transtornos, ajudando, assim, no seu diagnóstico e auxiliando em uma intervenção mais assertiva. O presente estudo buscou na literatura científica alterações neuroanatomofuncionais acerca dos transtornos de conduta com ênfase no Transtorno Opositor Desafiador (TOD), usando o método de revisão integrativa da literatura como

recurso para o delineamento da busca.

Concluimos que, embora os achados tenham sido encontrados em um número reduzido de artigos, alterações consideráveis nas regiões da amígdala, córtex orbito frontal, córtex pré-frontal e córtex cingulado se mostraram presentes, sobretudo no que se refere à amígdala. As alterações na amígdala encontradas sugerem um foco de investigação para pesquisas futuras, uma vez que a amígdala tem relação direta com respostas emocionais, e, ao entendermos essa categoria de transtornos, encontramos um déficit nessas respostas. Nesse sentido, sugere-se uma possível relação direta entre as respostas comportamentais, emocionais e o funcionamento neurológico.

Por fim, torna-se imprescindível salientar que o presente estudo encontra enquanto limitação o fato de que, devido à inclusão de artigos em que o TOD é citado como uma comorbidade ou acompanhado por outro diagnóstico, não permite concluir se as áreas cerebrais envolvidas se referem ao todo ou a especificamente o TOD. Esse problema metodológico deu-se pelo fato de que as amostras encontradas consistiam em amostras heterogêneas, como, por exemplo, TOD com TDAH ou TOD com psicopatia. Assim sendo, os resultados deste artigo servem como um ponto de partida para a realização de pesquisas futuras, sobretudo com pacientes diagnosticados com TOD sem outras comorbidades. Além disso, em nossa pesquisa não foram encontrados estudos primários elaborados em território nacional, portanto, isso demonstra uma dificuldade emergente, visto que, ao propor o diagnóstico e a identificação sintomática orientada apenas de acordo com parâmetros externos ao território nacional, pode vir a se configurar uma limitação quanto a uma real representação e caracterização do Transtorno Opositor Desafiador em nossa cultura e realidade, bem como, possivelmente, suas particularidades restritas ao nosso território.

Referências

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- Barletta, J. B. (2011). Avaliação e intervenção psicoterapêutica nos transtornos disruptivos: algumas reflexões. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(2), 25-31.
- Bolhuis, K., & Tiemeier, H. (2020). Disruptieve gedragsproblemen op de kindereleeftijd: studies naar fenotypische heterogeniteit en neurobiologie in de Generation R Studie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(12), 1049-1058.
- Capovilla, A. G. S. (2007). Contribuições da neuropsicologia cognitiva e da avaliação neuropsicológica à compreensão do funcionamento cognitivo humano. *Cadernos de Psicopedagogia*, 6(11), 1-24.
- Dalgalarondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3a ed.). Artmed.
- Hummer, T. A., Wang, Y., Kronenberger, W. G., Dunn, D. W., & Mathews, V. P. (2015). The relationship of brain structure to age and executive functioning in adolescent disruptive behavior disorder. *Psychiatry Research*, 231(3), 210-217.
- Luria, A. R. (1981). *Fundamentos de neuropsicologia*. Edusp.
- Marsh, A. A., Finger, E. C., Fowler, K. A., Adalio, C. J., Jurkowitz, I. T., Schechter, J. C., Pine, D. S., Decety, J., & Blair, R. J. (2013). Empathic responsiveness in amygdala and anterior cingulate cortex in youths with psychopathic traits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(8), 900-910.
- Matthys, W., Vanderschuren, L. J., & Schutter, D. J. (2013). The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains. *Development and Psychopathology*, 25(1), 193-207.
- Noordermeer, S. D., Luman, M., & Oosterlaan, J. (2016). A systematic review and meta-analysis of neuroimaging in oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD) taking attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) into account. *Neuropsychology Review*, 26(1), 44-72.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*, 8(1), 102-106.
- White, S. F., Fowler, K. A., Sinclair, S., Schechter, J. C., Majestic, C. M., Pine, D. S., & Blair, R. J. (2014). Disrupted expected value signaling in youth with disruptive behavior disorders to environmental reinforcers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(5), 579-88.e9.
- White, S. F., Marsh, A. A., Fowler, K. A., Schechter, J. C., Adalio, C., Pope, K., Sinclair, S., Pine, D. S., & Blair, R. J. (2012). Reduced amygdala response in youths with disruptive behavior disorders and psychopathic traits: decreased emotional response versus increased top-down attention to nonemotional features. *The American Journal of Psychiatry*, 169(7), 750-758.
- White, S. F., VanTieghem, M., Brislin, S. J., Sypher, I., Sinclair, S., Pine, D. S., Hwang, S., & Blair, R. J. (2016). Neural correlates of the propensity for retaliatory behavior in youths with disruptive behavior disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 173(3), 282-290.