



PLURALIDADES
DE Saúde Mental
Revista PsicoFAE

Revista PsicoFAE

PLURALIDADES
EM 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)

Coordenação Editorial

Camila Muhl, 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 educacional)

Thais Suzue Ikuta (diagramação)

Vera Dullius (coordenação)

Pareceristas

Francisleine Moleta (Mestre, FAE); Cristian Guilherme Valeski de Alencar (Mestrado, UniBrasil e UniOpet); Ana Paula Wilvert (Mestra, FAE); Joyce Kelly Pescarolo (Doutora, FAE); Giovanna Beatriz Kalva Medina (Doutora, FAE); Pedro Guilherme Basso Machado (Doutor, FAE e UniBrasil); Maristela Sobral Cortinhas (Mestra, TJPR); Maisa Baiersdorf Schneider (Mestra, TJPR); Ana Risson (Doutora, FAE); Adriane Wollmann (Mestra, UniBrasil); Amanda Mendes Cavalcante dos Santos (Especialista, FIOCRUZ); Fernanda Gaberlini de Ferrante (Mestra, UniBrasil); Lilian Caron (Mestra, FAE); Sheila Maria Ogasavara (Doutora, UNESPAR); Karla Cristina Rocha (Doutora, Unimar); Juliana da Silva Araújo Alencar (Mestra, Unicesumar); Vitor Henrique de Siqueira Jasper (Doutorando, UFRJ); Tulio Maia Franco (Doutorando, UFPR); Angela Roos Campeol (Doutoranda, UFSC); Anne Caroline Alves Peres (Mestra, SMS-Maringá/PR); Jaíne Foleto Silveira (Doutoranda, UFSC); Camila Muhl (Doutora, FAE); Maria Izabel Machado (Doutora, UFG); Mariana Correia Azevedo (Doutora, UFPR); João Paulo Araújo Lessa (Doutor, PUCPR); Dulce Mara Gaio (Mestra, UniBrasil); Fernanda Rafaela Sypniewski (Mestra); Rafaela Roman de Faria (Doutora); Laiza Oliveira Vilela (Doutoranda, Unesp); Franciane Alves de Siqueira (Mestre, Corpo de Bombeiros Militar do Paraná); Marcelo Bordin (Doutor, UFPR); Rossana Cristine Floriano Just (Doutora); Caroline Velasquez Marafiga (Doutora, UTP); Pedro Henrique Martins Valério (Doutor, USP); Marina Pires Alves Machado (Mestra, UniOpet); Rafael de Siqueira Fredi (Especialista); Aislan José de Oliveira (Doutor, Uniandrade); Fabiano de Mello Vieira (Doutor, FAE); Oliver Schimidt Silva (Mestre, Hospital Adalto Botelho); Jamille Barbosa Cavalcanti Pereira (Doutora, Universidade Presbiteriana Mackenzie); Hellen Priscila Farias (Mestre, UTP); Renata Teixeira Parapinski (Doutoranda, UFPR); Sheila Maria Ogasavara Beggiano (Doutora, UNESPAR); Thays Stephanie Costa de Souza (Especialista, Hospital Sugisawa e Fundação Estatal de Atenção à Saúde); Glaucio Luciano Machado (Psicanalista, FCL); Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha (Doutora, UNESPAR); Dafne Rosane Oliveira (Doutora, CEPED); Cláudia Angélica do Carmo Reis (Doutoranda, UNICAMP); Antonio Carlos Schwiderski (Mestre, UniDombosco e Faculdades Integradas Santa Cruz).

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

<http://doi.org/10.55388/psicofae.v13n2>

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

PSYCHOLOGICALLY INFORMED ENVIRONMENTS AND TRAUMA INFORMED CARE: INTERVIEW WITH PETER COCKERSELL	15
Peter Cockersell Mariana Cardoso Puchivailo	
ARTIGOS	
FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO A ADOLESCENTES ESTUDANTES EM REGIME DE INTERNATO	22
Jeisy Keli Schirmann Fernanda Caroline Gnoatto Ribeiro Thais Cristina Gustin Nazar	
EFEITOS DAS INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS PARA PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS EM CASA E NA ESCOLA: REVISÃO SISTEMÁTICA	34
Daniella Martins Lima dos Santos Nilva Camargo Patrícia Martins de Freitas	
ELABORAÇÃO DE UM JOGO COMO MEDIADOR CLÍNICO NO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DE UM PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO	49
Monize Villega Rios Emanuelle Valera Silva Thaís Lorencetti Ferrari	
TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO EM GRUPO DE FAMILIARES DE CRIANÇAS COM TEA	61
Graciane Barboza da Silva Bruna Guindani Maria Eduarda Dalla Cort Vigano Aldo Marcos Barp Wemina Dias Soares	
A RELAÇÃO ENTRE A ESPIRITUALIDADE E AS PERTURBAÇÕES DO HUMOR EM DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	72
Maria Filomena Soares de Azevedo Nascimento Luís Carlos Carvalho da Graça	
ASSOCIAÇÃO ENTRE USO DE MACONHA, ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM UNIVERSITÁRIOS DO SUL DO PAÍS	87
Giordano Panfilio Rizziolli Leticia Chaffin Barbosa Peruffo Fabiana Antunes De Andrade	
A METÁFORA ALQUÍMICA NO CONTEXTO DA PSICOLOGIA CLÍNICA	99
Ramon Petry Pinto Débora Patrícia Namer Pinheiro	
A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS/AS	112
Luciana Elisabete Savaris Mônica Karpinski	
PROMOÇÃO DE SAÚDE E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA: PARA ALÉM DA PANDEMIA DA COVID-19	124
Carla Cristina Dutra Burigo Cor Mariae Lima	
MENTAL HEALTH, THE COVID-19 PANDEMIC AND SOCIAL INEQUALITIES: AN INTEGRATIVE REVIEW	135
Fernando Santana de Paiva Beatriz Guedes Mattoso Larissa Pimenta Coldibeli Nicole Costa Faria Tiago Tavares Lima	

SUMMARY

INTERVIEW	8
AMBIENTES PSICOLÓGICAMENTE INFORMADOS E CUIDADO INFORMADO SOBRE TRAUMAS: ENTREVISTA COM PETER COCKERSELL	
Peter Cockersell Mariana Cardoso Puchivailo	
ARTICLES	
RISK AND PROTECTION FACTORS FOR ADOLESCENT STUDENTS IN BOARDING SCHOOL	22
Jeisy Keli Schirmann Fernanda Caroline Gnoatto Ribeiro Thais Cristina Gustin Nazar	
EFFECTS OF BEHAVIORAL INTERVENTIONS FOR PARENTS AND TEACHERS ON CHILDREN'S BEHAVIORAL PROBLEMS AT HOME AND SCHOOL: SYSTEMATIC REVIEW	34
Daniella Martins Lima dos Santos Nilva Camargo Patrícia Martins de Freitas	
DEVELOPMENT OF A GAME AS A CLINICAL MADIATOR IN THE PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF A PEDIATRIC ONCOLOGICAL PATIENT	49
Monize Villega Rios Emanuelle Valera Silva Thaís Lorencetti Ferrari	
ACCEPTANCE AND COMPROMISE THERAPY: AN EXPERIENCE RELATE OF INTERVATION IN FAMILY GROUPS OF ASD CHILDREN	61
Graciane Barboza da Silva Bruna Guindani Maria Eduarda Dalla Cort Vigano Aldo Marcos Barp Wemina Dias Soares	
THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUALITY AND MOOD DISORDERS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS	72
Maria Filomena Soares de Azevedo Nascimento Luís Carlos Carvalho da Graça	
ASSOCIATION BETWEEN MARIJUANA USE, STRESS, ANXIETY, AND DEPRESSION IN UNIVERSITY STUDENTS FROM THE SOUTH OF THE COUNTRY	87
Giordano Panfilio Rizziolli Leticia Chaffin Barbosa Peruffo Fabiana Antunes De Andrade	
THE ALCHEMICAL METAPHOR IN THE CONTEXT OF CLINICAL PSYCHOLOGY BY THE JUNGUIAN PERSPECTIVE	99
Ramon Petry Pinto Débora Patrícia Namer Pinheiro	
PSYCOLOGY IN PRIMARY HEALTH CARE ACCORDING TO USERS' PERCEPTION	112
Luciana Elisabete Savaris Mônica Karpinski	
HEALTH PROMOTION AND PSYCHOSOCIAL CARE IN A PUBLIC UNIVERSITY: BEYOND THE COVID-19	124
Carla Cristina Dutra Burigo Cor Mariae Lima	
SAÚDE MENTAL, PANDEMIA DA COVID-19 E DESIGUALDADES SOCIAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	135
Fernando Santana de Paiva Beatriz Guedes Mattoso Larissa Pimenta Coldibeli Nicole Costa Faria Tiago Tavares Lima	

EDITORIAL

Prezadas(os) leitoras(es),

A presente edição inicia com a entrevista realizada por Mariana Puchivailo com Peter Cockersell, um dos criadores da abordagem Ambiente Psicologicamente Informado (*Psychologically Informed Environment* — PIE), no caso, ambientes relacionais acolhedores, centrados nas pessoas, para acolher necessidades complexas daqueles que vivenciam exclusão social, potencializadora de traumas. Perspectiva importante que explora estratégias de cuidado em instituições de acolhimento, neste caso, particularmente voltado às pessoas em situação de rua.

No primeiro artigo da edição, as autoras Jeisy Keli Schirmann, Fernanda Caroline Gnoatto Ribeiro e Thais Cristina Gustein Nazar apresentam uma pesquisa realizada com mais de duzentos adolescentes entre 15 e 18 anos, estudantes em regime de internato em uma cidade do Paraná, a respeito das falhas de fatores protetivos-suportivos frente a crises de cunho sócio-histórico e evolutivo e/ou a violências, que tendem a presentificar-se nesta faixa etária.

O artigo seguinte trata de uma revisão sistemática de literatura sobre intervenções comportamentais para orientação de manejo de problemas de comportamento, tanto em casa como na escola, baseada no modelo da análise do comportamento. Por meio deste estudo, as autoras Daniella Martins Lima dos Santos, Nilva Camargo e Patrícia Martins de Freitas apontam para a eficácia das intervenções comportamentais descritas na literatura, ainda assim, evocam os limites dos estudos brasileiros na área.

Em *Elaboração de um jogo como mediador clínico no acompanhamento psicológico de um paciente oncológico pediátrico*, Monize Villega Rios, Emanuelle Valera Silva e Thaís Lorencetti Ferrari exploram múltiplos aspectos que configuram a hospitalização de crianças por câncer e apresentam a criação do recurso lúdico utilizado para auxiliar no desenvolvimento da criança atendida no caso descrito. Desdobramentos em termos relacionais, expressivo-afetivos, na identificação de necessidades, entre outros, são apresentados como benefícios do uso deste interessante instrumento mediador.

Na sequência, Graciane Barboza da Silva, Bruna Guindani, Maria Eduarda Dalla Cort Vigano, Aldo Marcos Barp e Wemina Dias Soares trazem um relato de experiência profissional com um grupo de pais de criança com espectro autista, proposta essa assentada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), e tem o mérito de não só indicar possibilidades de aplicação dessa, como de problematizar questões pertinentes à qualidade de vida de famílias de pessoas neuroatípicas.

O artigo de Maria Filomena Soares de Azevedo Nascimento e Luís Carlos Carvalho da Graça apresenta uma investigação a respeito da possível correlação entre Espiritualidade e as perturbações do humor em doentes com Esclerose Múltipla (EM), realizada com 161 participantes. O estudo identifica a espiritualidade como recurso de enfrentamento frente a irreversibilidade do diagnóstico de esclerose, ainda que aponte para uma baixa correlação com alterações de humor, o que é problematizado pelos autores a partir de outras variáveis que configuram o recorte do fenômeno estudado.

Já no artigo intitulado *Associação entre uso de maconha, estresse, ansiedade e depressão em universitários do Sul do País*, os autores Giordano Panfilio Rizziolli, Leticia Chaffin Barbosa Peruffo e Fabiana Antunes de Andrade apontam para uma correlação positiva entre perturbações de humor e o uso da *cannabis*. O estudo contou com 291 participantes e, ainda que parta de uma problematização das condições de saúde mental dos universitários, argumenta — mediante resultado da aplicação dos testes e revisão de várias pesquisas sobre o tema — que alterações neurobiológicas desdobram do uso desta substância psicoativa.

Ramon Petry Pinto e Débora Patrícia Namer Pinheiro, por conseguinte, fazem um levantamento, mediante revisão de literatura narrativa, a respeito do uso da alquimia como metáfora no contexto psicoterapêutico da Psicologia Analítica. Os autores defendem que a alquimia pode servir como mais uma ferramenta no trabalho do psicólogo clínico, mas exige do terapeuta uma boa apropriação e domínio dos seus princípios.

A presença da psicologia no contexto da saúde pública brasileira é investigada em *A psicologia na atenção primária à saúde segundo a percepção de usuários(as)*, por Luciana Elisabete Savaris e Mônica Karpinski. Estudo que, ao ouvir os usuários cadastrados em Unidades Básicas de Saúde de um Distrito Sanitário da cidade de Curitiba, pôde problematizar o (não) lugar que ocupa a psicologia e os desafios para sua construção, assim como seu fortalecimento-reconhecimento.

Os últimos artigos desta edição retomam o foco para o contexto da Covid-19, permitindo refletir sobre seus atuais desdobramentos. Em *Promoção de saúde e atenção psicossocial em uma universidade pública: para além da pandemia da covid-19*, as autoras Carla Cristina Dutra Burigo e Cor Mariae Lima explanam sobre as estratégias desenvolvidas no período pandêmico pela Acolhe UFSC, tida como uma política institucional de acompanhamento psicossocial e de monitoramento da saúde psicológica universitária. A densidade e o impacto positivo do trabalho realizado frutificou em uma política permanente de saúde mental na instituição em questão.

De autoria de Fernando Santana de Paiva, Beatriz Guedes Mattoso, Larissa Pimenta Coldibeli, Nicole Costa Faria e Tiago Tavares Lima, *Mental Health, the COVID-19 Pandemic and Social Inequalities: an integrative review* evoca a inegável dimensão social dos problemas de saúde. Trata de uma revisão de literatura que opera analiticamente a partir de publicações de diferentes países, permitindo aos autores identificar diferentes concepções de saúde mental e até mesmo concepções diversas dos marcadores sociais de diferença, como gênero e raça.

Esperamos que gostem!
Alexandra Arnold Rodrigues
Editora

Psychologically Informed Environments and Trauma Informed Care: Interview with Peter Cockersell

Peter Cockersell  e Mariana Cardoso Puchivailo 

This interview was conducted with Peter Cockersell. He has a professional doctoral degree in Psychotherapy and is a UKCP (UK Council for Psychotherapy) -registered Psychoanalytic Psychotherapist with almost 20 years post-qualification experience in the NHS (National Health Service of UK), voluntary and private sectors. He has worked in homelessness for over 20 years, specializing in complex needs, latterly as a consultant and trainer with Intapsych Ltd; as Chief Executive of Community Housing and Therapy, a charity providing residential rehabilitative communities for people experiencing severe and prolonged mental distress, and previously as Director of Health & Recovery for St Mungo's. He also has qualifications in adult education and leadership.

Peter was one of the originators of the Psychologically Informed Environment (PIE) approach and a co-author of the DCLG-published national guidance (UK Department of Communities and Local Government); he is a member of the Royal College of Psychiatrist's committee on Enabling Environments, a founding member of the Faculty of Inclusion and Homeless Health, and a Director of The Consortium of Therapeutic Communities. He has a long track record in delivering services focusing on recovery, client involvement, and psychologically informed approaches to working with people with complex needs and experiencing social exclusion.

He was editor and one of the authors of the book *Social Exclusion, Compound Trauma and Recovery: Applying Psychology, Psychotherapy and PIE to Homelessness and Complex Needs*. He has written several articles such as: *PIEs five years on, Homelessness and mental health: adding clinical mental health interventions to existing social ones can greatly enhance positive outcomes, More for less? Using PIEs and recovery to improve efficiency in supported housing, Intercultural psychotherapy, intracultural psychotherapy, or just good psychotherapy?*, among others.

The interview centers on Psychologically Informed Environments (PIE) and Trauma Informed Care (TIC), the two main topics of his book, that has just been release, in October of 2024, also edited by Sione Marshall: *Implementing Psychologically Informed Environments and Trauma Informed Care: Leadership Perspectives*. In this publication Peter Cockersell explains that PIE and TIC were developed from an increasing understanding of the role of unresolved trauma in social and healthcare problems, and of the importance of building and sustaining environments that respond appropriately. Both provide frameworks which can increase the probability of providing person-centered services, preventing that services retraumatize already wounded individuals by denying the social contexts of trauma, and acknowledging their own parts in those. The interview was recorded on video with the authorization of Peter Cockersell; after transcription, adjustments and translation, the version was also approved by the interviewee.

Mariana Puchivailo: In your book *Implementing Psychologically Informed Environments and Trauma Informed Care: Leadership Perspectives* you talk about the relationship between TIC and PIE. Can you address this relation and elaborate on the importance of these when working with socially excluded people with mental health problems/complex needs, and how it enables the reduction of social exclusion?

Peter Cockersell: Let's start with a bit of history. I did a lot of work in homelessness, so I worked for a very large English homelessness agency called St Mungo's, a big charity, and I was responsible for the health aspect of homelessness. It was fairly obvious that a lot of the people who came to homelessness services, a lot of people who are living on the street, had mental health, drug and alcohol problems, there were also some behaviors that other people in society found quite difficult, they were sometimes aggressive or assertive, and they were noisy, and so it also became increasingly obvious that most of them had long experiences of trauma, that they had very difficult lives, they've had experienced trauma, lots of them, from early childhood. I did some work with an Italian anthropologist, and we looked at the trajectory of people coming onto the street, and they came from very broken families, lots of them have been in foster care, they've been in juvenile prisons, they had very disturbed things happening to them, they lost parents in the early part of their lives. One of the people I talked to, his mother died of a heart attack whilst he was sitting on her lap when he was six and then life got worse after that, not better, his father was an alcoholic, and they lost the house. So it became very apparent there was a link between trauma and homelessness and that the people who stayed on the streets - some people became homeless because of economic circumstances, because loss of jobs, because of break up with their family, and they could be rehoused and fairly quickly they would rebuild a life - but some people came into hostels they were re-housed, but they would lose their housing, they would go back on the street, and be on the street for 10 or 15 years.

I met one man that had been on the street for 28 years, he was the longest I think I ever met. So, it became apparent that there was a link between trauma

and long-term homelessness, particularly street homelessness, that people were so affected by trauma that they weren't able to sustain accommodation. They were marginalized by society, but they also kept themselves at the margins, they decided they couldn't really cope with the everyday requirements of living quietly in a house. And for some of them a home had never been a place that was good. I remember somebody saying to me that when I asked him what home meant to him. And he said, and it still upset me, he said, it's my mother's blood running down the walls. And when you think about home like that, then of course you're homeless, the last thing you want is a home. So, it became apparent that we needed to do some work with trauma before. In St Mungo's we set up a psychotherapy service for people on the streets and we began some work with another psychologist, a social worker and somebody from the ministry, we set up a working group and developed the idea of psychologically informed environments. So, the psychologically informed environments came out of recognition of the high level of trauma amongst homeless people, and the fact that the staff who work with homeless people are not trained, they are not clinicians, they are just ordinary people that work in homelessness. They are very good at engaging with people and they're very kind and thoughtful usually, but they would have no training in trauma, no training in psychology, they didn't understand that a lot of behaviors were a response to trauma. So that's where psychologically informed environments came from. It was developed as a way of enabling staff without clinical training to work with people who have been impacted by a large amount of trauma.

Mariana Puchivailo: You acknowledge that health and social services continue to traumatize or retraumatize already wounded individuals. As you mention and I quote: "They are then often stigmatized and ostracized, or 'dealt with' by being put in prison or by being 'treated' with hospitalization, or other forms of social exclusion, coercion and restraint" In this perspective, treatment "becomes something that needs to be done to the individual in order to bring them back within whatever is seen as the 'normal', 'healthy' or 'socially appropriate' sets of behaviors and roles". What are some of the biggest challenges

you've encountered in integrating Trauma-Informed Care and Psychologically Informed Environments into existing care structures which adopt this perspective?

Peter Cockerell: There are a series of challenges. In St Mungo's we incorporate psychologically informed environments into the way that we were working. I was in a privileged position there, because I was one of the directors, so I had a lot of influence. We set up a psychotherapy service and recruited a lot of psychotherapists who supported the organization in moving in that direction. And there was a lot of support, particularly from the frontline workers, about it. Obstacles, within the organization and within other organizations where I've worked on establishing psychological informed environments, were that middle and senior management didn't understand this importance, they thought that trauma informed care was only necessary for the frontline staff, and so they continued with sometimes quite punitive policies. If somebody did a certain behavior they would be evicted or somebody didn't turn up to this, then they would stop that service and so on. So, a lot of their policies weren't psychologically informed. They also didn't allow time for people to work relationally, it takes time to work to engage with somebody who's traumatized, it takes time to enable them to feel safe enough to work with you, it takes time to achieve any of the results. And senior managers very often wanted to get a contract, but the contract said that they had to re-house 100 people every month or something, and so the pressure was on the staff to work quickly, not to work effectively. So, there's sometimes organizational problems like that.

But there's also the environment that can be quite traumatizing, so you're working with people who are getting treated badly on the street by the general public, sometimes being attacked on the street, they're having difficulties with each other sometimes, they have difficulties with the police. Or they're going into other services who treat them partially, including the health service, which didn't like homeless people and didn't like people who took drugs even more. So, they would get quite hard treatment, but they used emergency services a lot so they were seen as expensive and difficult. This sort of treatment that they would get, such as being ignored completely on the ground, so they would then go away. They would

get into an accident and go to the emergency, and nobody would even treat them, they wouldn't get any treatment at all, and they would just sit there for hours, and they would get fed up and they would leave and that was one way they were managed. And another was that they were partially dealt with, and it still goes on. I've spoken to somebody fairly recently and she self-harms and cuts herself, she cut her face, and she went into an accident emergency, she had a big cut, and the doctor was really roughly in stitching her up. He said: it doesn't actually matter you've got so many scars anyway. And that sort of uncaring attitude, those are the challenges.

But I think the biggest challenge is really in the senior management, which is why me and Sione edited that book, because we thought there's a resistance in senior management in thinking psychologically and enabling their workers. The workers understand that they need to work in a psychological way, the workers understand about trauma when it's explained to them, because they recognize their own experience in it. The senior managers need to facilitate the workers to do that. So, the aim of the book is to give some examples to senior managers and to commissioners, so they understand what is required to create good trauma informed service, which is relational practice, thinking about relationships, the importance of relationships all the way through, and giving people time to do the work.

Mariana Puchivailo: I bring another quote from you: "Politicians' promises of magic bullets, often colluded with by senior executives in the public and not-for-profit sectors, combined with short-term solutions, contracts and thinking, high throughput targets, low pay for frontline staff and poor working conditions, and cost-cutting exercises pretending to be efficiency savings – all of these are issues of social justice which leaders of Trauma-Informed Care (TIC) and Psychologically Informed Environments (PIE) services need to fight against if they are to deliver good quality psychologically- and trauma-informed care." How do you address these challenges?

Peter Cockerell: It is difficult. Writing a book it's one way, campaigning organizations is another. When I was in St Mungo's it was a campaigning organization,

but it's changed now. Talking to politicians behind the scenes as well, because in private a lot of them are more sensible than they are in public. Talking to commissioners and trying to build up a groundswell of opinion. And to some extent that has been successful, so when we published *Psychologically informed services for homeless people*, I think in 2012, trauma was not on the agenda at all, and 10 years later everybody is talking about trauma and homelessness. It is very recognized that there is a high level of trauma amongst the long-term homeless and that you have to work in a trauma informed way, so we've shifted the understanding in that. It doesn't necessarily mean it always happens, but it's changed the political climate to some extent. There's still a problem with short-term funding and short-term thinking and with magic bullets, and politicians are always keen to say that they're going to solve the problem. But a problem like homelessness has been around forever and it's also deeply built into the society we live in. Housing in England, for example, there's not enough housing, it's unaffordable whatever housing there is, so of course we have homelessness. And also, because we have a large number of traumatized individuals with drug and alcohol problems and mental health problems, we are going to have people on the streets. Then the politicians will stand up and say we are going to end homelessness. I remember they were going to end homelessness in 2010, they didn't. In London when Boris Johnson was mayor of London, he was going to end homelessness and rough sleeping in London in 2010, it doubled in fact while he was mayor. So, there isn't a simple answer.

The other thing is that you can demonstrate that psychologically informed working is more effective and it's actually more cost-effective because you make sustainable solutions for people and people come off the street. There was this guy who had been on the street for 28 years, I met him a couple of years after I worked with him, and he was working and living in a flat, paying tax. We did psychotherapy service with people who were living on the street, they were all people who lived on the street for more than five years and who had refused to come into hostels. They refused to come into the accommodation because they'd been to some of the accommodations and they

didn't like it. We work with them, and it was about, I can't remember quite how many, 150 or something to 200 individuals, and 70% of them came into accommodation during a one-year psychotherapy program. Our psychotherapists went out and met them where they were, on the streets, on park benches, in public toilets in day centers. They worked with them on the things that matter to them and built up trust. Some of the images I have are of psychotherapists sitting with somebody with a Staffordshire Bull Terrier on their lap and the patient is sitting beside them with a can of beer in their hand on a park bench and they're doing psychotherapy. Or another one who did psychotherapy through the toilet door with a woman who wouldn't speak to her, for a month or two, she wouldn't engage face-to-face, so she would sit inside the toilet, and they would do it through the toilet door, in a day center, and eventually ended up coming into a therapy room and she ended up being housed.

So, has it been solved? No, it hasn't been solved. There are still rough sleepers, there's not enough provision, there's not enough psychologically informed provisions, there is no longer, unfortunately, the psychotherapy service we set up in St Mungo's, it no longer exists, it closed down last year, new directors have changed directions. So, there are not enough services, there are still some, but there are not enough. And I think it continuously needs to be refreshed, and that is the other thing, you can't sort of campaign and say we've won the argument, this is how to do it. You have to do it again and again and again.

Twenty something years ago the rough sleeper's initiative got 75% of the rough sleepers off the streets of England, got them all re-housed, and then they said job done and they sat back. In the pandemic they re-house all the rough sleepers in Britain but now the streets are full of rough sleepers again, and it is only four years ago, the pandemic. Yeah, so it has to be done again and again and again and again, unfortunately. Of course, there are still rough sleepers because there aren't enough services for children, there's not enough services for disturbed families, there isn't the psychological and emotional support for little children and their families, and that's when you can see the 4 years olds that will be the rough sleepers in 20 years' time, sadly.

Mariana Puchivailo: You mention that organizations can also enact processes that repeat the trauma experiences not only on the clients, but also in their staff member, creating, for example, high levels of Burnout. One of the key elements you point out for a staff team to be able to deliver trauma informed care is that it should not be traumatized itself. Can you talk more about that?

Peter Cockersell: Yes and obviously organizations don't set out with the intention of traumatizing their staff, but things like poor working conditions and low pay make life very difficult for people. Directives to do more for less, which is a trend of probably the last 10 or 15 years, is very damaging for the staff, because they work really hard. And so you have low paid, not particularly well trained, often young workers, being given very difficult jobs and then asked to do more and more by managers who don't understand how difficult it is. And they often have difficulties in their own lives. When I did a little group with resettlement workers, whose job was to house homeless people, there were 12 of them and I asked them what their housing situation was, one of them was actually homeless, and about four or five of the others were sleeping on people sofas or in their spare rooms, they had no flats of their own, and the others were all living in rented accommodation, which you know, the landlord could evict them at any time. So, none of them had housing security, at all, themselves and that's difficult. So the environment is difficult.

But I think the main thing is this thing of senior managers promising things to funders which can't be delivered. For example, I had a contract once that was for housing people with a diagnosis of schizophrenia, who were living on the street. So, we housed them, we kept them in housing. These were some of the early psychologically informed environments. We were really proud of ourselves, because they stayed in the housing for a year or two years. Then, we had a commissioner coming, and it turned out that the contract, which I hadn't read, because I was a young manager at the time, said that they were supposed to have jobs within a year, and they weren't supposed to stay more than a year. They were supposed to come off the streets and we were supposed to get them jobs and then they were supposed to move

on to their own flats within a year. That is mad, and whoever made that contract was not thinking. So, contracts like that are traumatizing.

The other thing is not having support and working with people who've experienced a large amount of trauma, is traumatizing. If you are empathic, empathy leads to vicarious trauma, and if you're empathic and you're listening to awful stories of people's really difficult lives from childhood onwards and you're listening to that day after day and you're struggling with the system, which doesn't really care, and there are not enough housing and not enough money and you're working really hard trying to do that, you're picking up trauma yourself. The main thing that organizations do that is traumatizing, is not support their staff. They don't think these staff are working in really difficult circumstances, doing a very difficult job, and they're exposed to trauma, all day, every day. They need really good supervision, regular frequent supervision, they need reflections, they need good training, they need better conditions, they need to get time off, they need breaks. If they have, for example back to back interviews with people in housing need that's really difficult you don't have time to process anything as you go along. You have an appointment after appointment and you're hearing the same terribly difficult stories or terrible different stories, one after the other. And management doesn't build in a time for them to go out and doesn't build in spaces where they can sort of go and talk to each other, or cry on each other's shoulders, or just have a cup of tea and sort of get away. The formal reflective practice, formal of supervision, formal recognition of the risk of vicarious trauma and the understanding of how people can preserve their own well-being are really important. So I think that's the most important thing, is that organizations take active steps to support their staff and reflective practices is a central one.

Mariana Puchivailo: PIE was developed in the UK and they have been held mostly in homelessness services. You have worked for 20 years with homelessness. Can you share what you have learned about the importance of TIC and PIE in this context of care?

Peter Cocksell: Psychological informed environments came out of homelessness, but it was built on other psychologically informed approaches, so there was: enabling environments and therapeutic communities. So it didn't come from nowhere, it does have a relationship with some other things, and now, as we have in the examples in the book, it's practiced in mental health services, children services, domestic abuse services and in the criminal justice system as well. So it's an approach that's used in quite a wide range of places. What I have learned from it? There is individual learning, so I've learned to be a much better manager than I was when I started. I am now a chief executive of an organization, and I try to run the organization in a psychological informed way and to support our staff. So our staff all get supervision and reflective groups, and so on, we actually give them time off to do therapy. We try to create a good environment for them.

I think what I've learned is the amazing ability of people to recover if they're given a chance. So people who have been exposed to terrible trauma, lots and lots of relationships loss, and that's something which I think I've also learned over the years, which has become central to my philosophy and practice now, is that it's not just trauma, it's trauma and damaged relationships that is really really damaging for people. If people are exposed to trauma but they've got a strong caring loving network around them, they're resilient and they recover quite easily, even if it's a really big trauma, they recover reasonably well. But if they have nobody around them or if the relationships that they have are hostile or damaging or if, for little children, if the trauma arises from violent or abusive parents, and sexual abuse and so on, then that's much much more difficult to recover from.

But people do recover and the resilience of the people I have worked with it's just amazing, and that my staff work with now, they work with people who've gone through incredibly difficult lives, experienced extraordinary things, that I don't think I could survive. But with the right support, the right care and right attention, having somebody who understands them, that will listen to them, that will understand the process of trauma and damaged attachment, and will form a honest caring relationship with them, then people will go on and

recover, do amazing things and get on with their lives, they will form relationships, they'll have jobs, they'll have houses, the same as other people, if they get the right support. People despite the tremendous damage that's been done to them have amazing power of recovery and I think that's the thing that's the most exciting and wonderful and what keeps me in this business, otherwise I would have packed up years ago, if that wasn't true. It is extraordinary the powers and recovery of people.

Mariana Puchivailo: What advice would you give to practitioners looking to adopt trauma-informed or psychologically informed approaches in their work?

Peter Cocksell: Listen to people, make time to hear their stories and what's happened to them, and to try to help them. I think that's actually the first thing usually we do, from a point of view of engaging with somebody, is trying to do something helpful. If somebody comes to you for help, it isn't necessary what your job is, whether to provide housing, they may not want the house straight away, they may not be able to cope with that, or if your job is to provide training, they may not want training, but find something that's helpful. So you come across as open, curious, honest and helpful.

Also to really be there for them. So anything you promise or say that you're going to do, it's really important to do it. And it's important to be there regularly and reliably and because what you are actually trying to do is build up your relationship, and that's the key to working with anybody actually. But it's certainly the key for working with somebody who's experienced a lot of trauma and who is in a context of damaging relationships. You are trying to build up a relationship of trust with them and trust takes a bit of time to build up. It's not being reactive, as well, so it's paying attention to what they say, trying to find something that will help them, being with them and looking at them as people who had a difficult time, so it's not judgmental in that sense. You might be making an assessment, so you are making judgments in another sense. But actually it's a person who's come to see you and if you treat people like people and you treat them with respect, dignity and care then they will gradually respond to you. So it is remembering that human contact.

Especially people who are marginalized, they're probably not interested in whatever it is that you're supposed to be doing, that's not their primary purpose, survival is often their primary purpose. And so you might help with something else. There are obvious things, like shoes. I remember one man who had terrible fleas, just helping him to get rid of them, that was the beginning of the relationship. He was avoiding everybody and he'd been put down as somebody that nobody could work with. But he avoided everybody because he was covered in fleas, he was really ashamed of it, he wouldn't admit it. I noticed he was covered in fleas, I had had fleas myself. I said, oh you've got fleas, I've had fleas, it's horrible, and we got rid of his fleas. Then life becomes possible, because actually living when you are covered in fleas, and your sleeping bags are covered, it's really difficult to get rid of them, when you're living on the street. It is that sort of thing, it is human, that's its humanity. People are marginalized by society and then they are treated as "other", they don't belong anymore, they're not part of society, they're dehumanized to some extent. So restoring humanity, and you being human with them, it's just really important.

Peter Cockersell

Psychoanalytic Psychotherapist. Professional
Doctoral Degree in Psychotherapy.

Mariana Cardoso Puchivailo

PhD in Clinical Psychology and Culture.

E-mail: puchivailomariana@gmail.com

Ambientes Psicologicamente Informados e Cuidado Informado sobre Traumas: Entrevista com Peter Cockersell

Peter Cockersell  e Mariana Cardoso Puchivailo 

Esta entrevista foi conduzida com Peter Cockersell. Ele possui doutorado profissional em Psicoterapia e é um Psicoterapeuta Psicanalítico registrado no UKCP (Conselho de Psicoterapia do Reino Unido) com quase 20 anos de experiência pós-qualificação no NHS (Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido), nos setores voluntários e privados. Ele trabalhou com pessoas em situação de rua por mais de 20 anos, especializando-se em necessidades complexas, hoje é consultor e instrutor na Intapsych Ltd; Diretor Executivo da Community Housing and Therapy, uma instituição de caridade que fornece comunidades residenciais de reabilitação para pessoas que sofrem de sofrimento mental grave e prolongado, e anteriormente como Diretor de Saúde e Recuperação do St Mungo's. Ele também tem qualificações em educação de adultos e liderança.

Peter foi um dos criadores da abordagem Ambiente Psicologicamente Informado (Psychologically Informed Environment — PIE) e coautor da orientação nacional publicada pelo DCLG (Departamento de Comunidades e Governo Local do Reino Unido); ele é membro do comitê do Royal College of Psychiatrist sobre Ambientes Favoráveis, membro-fundador da Faculdade de Inclusão e Saúde dos Sem-Abrigo e diretor do Consórcio de Comunidades Terapêuticas. Ele tem um longo histórico na prestação de serviços com foco em recuperação, envolvimento do cliente e abordagens psicologicamente informadas para trabalhar com pessoas com necessidades complexas e que vivenciam exclusão social.

Ele é editor e autor do livro *Social Exclusion, Compound Trauma and Recovery: Applying Psychology, Psychotherapy and PIE to Homelessness and Complex Needs*. Ele escreveu vários artigos, como: *PIEs cinco anos depois*, *Homelessness and mental health: adding clinical mental health interventions to existing social ones can much improve positive outcomes*, *More for less? Using PIEs and recovery to improve efficiency in supported housing*, *Intercultural psychotherapy, intracultural psychotherapy, or just good psychotherapy?*, entre outros.

A entrevista se concentra nos temas de Ambientes Psicologicamente Informados (PIE) e Cuidado Informado sobre Trauma (TIC), os dois principais tópicos de seu livro, lançado em outubro de 2024, também editado por Sione Marshall: *Social Exclusion, Compound Trauma and Recovery: Applying Psychology, Psychotherapy and PIE to Homelessness and Complex Needs (Implementando Ambientes Psicologicamente Informados e Cuidado Informado sobre Traumas: Perspectivas de Liderança)*. Nesta publicação, Peter Cockersell explica que PIE e TIC foram desenvolvidos a partir de uma compreensão crescente do papel do trauma não resolvido em problemas sociais e de saúde, e da importância de construir e sustentar ambientes que respondam apropriadamente. Ambos apresentam estruturas que podem aumentar a probabilidade de fornecer serviços centrados na pessoa, evitando que os serviços retraumatizem indivíduos já feridos ao negar os contextos sociais do trauma e reconhecer suas próprias partes neles. A entrevista foi gravada em vídeo com a autorização de Peter Cockersell; após transcrição, ajustes e tradução, a versão também foi aprovada pelo entrevistado.

Mariana Puchivailo: Em seu livro *Implementing Psychologically Informed Environments and Trauma Informed Care: Leadership Perspectives (Implementando Ambientes Psicologicamente Informados e Cuidado Informado sobre Trauma: Perspectivas de Liderança)*, você fala sobre a relação entre TIC e PIE. Você pode elaborar sobre a importância delas ao trabalhar com pessoas socialmente excluídas com problemas de saúde mental/necessidades complexas, e como isso possibilita a redução da exclusão social?

Peter Cockerell: Vamos começar com um pouco de história. Eu trabalhei muito com pessoas em situação de rua. Trabalhei em uma grande agência inglesa para pessoas em situação de rua chamada St Mungo's, uma grande instituição de caridade, e eu era responsável pelo departamento de saúde das pessoas em situação de rua. Era bastante óbvio que muitas das pessoas que utilizavam os serviços, que viviam nas ruas, tinham problemas de saúde mental, assim como abuso de drogas e álcool. Também havia alguns comportamentos que outras pessoas na sociedade achavam difíceis de lidar, às vezes eram agressivas ou barulhentas. Então se tornou cada vez mais óbvio que a maioria delas tinham longas experiências de trauma, que tinham vidas muito difíceis, tinham passado por traumas, muitas delas, desde a primeira infância. Eu trabalhei com um antropólogo italiano, e nós olhamos para a trajetória das pessoas que chegavam às ruas, e elas vinham de famílias desfeitas, muitas delas estavam em lares adotivos, estiveram em prisões juvenis, tiveram coisas muito perturbadoras acontecendo com elas, perderam os pais no início de suas vidas. Em relação a uma das pessoas com quem conversei, sua mãe morreu de um ataque cardíaco enquanto ele estava sentado no colo dela, ele tinha seis anos, e então a vida piorou depois disso, não melhorou, seu pai era alcoólatra, e eles perderam a casa. Então ficou muito claro que havia uma ligação entre trauma e falta de moradia. Algumas pessoas ficavam sem moradia por circunstâncias econômicas, por perda de emprego, por rompimento com suas famílias, e elas geralmente eram realojadas e rapidamente reconstruíam sua vida. Mas outras tantas foram para albergues, foram realojadas, mas perderam suas moradias, voltaram

para as ruas e ficaram nas ruas por 10 ou 15 anos. Conheci um homem que estava na rua há 28 anos, acho que foi a pessoa que ficou mais tempo nas ruas que já conheci. Então, ficou claro que havia uma ligação entre trauma e falta de moradia de longo prazo, as pessoas eram tão afetadas pelo trauma que não conseguiam sustentar acomodação. Elas eram marginalizadas pela sociedade, mas também se mantinham à margem, decidiam que não conseguiam lidar com as exigências cotidianas de viver em uma casa. Para alguns deles, um lar nunca foi um lugar bom. Lembro-me de alguém me dizendo isso quando perguntei o que o lar significava para ele. Ele disse, e isso ainda me comove, ele disse, é o sangue da minha mãe escorrendo pelas paredes. Quando você pensa em um lar assim, então é claro que você se torna uma pessoa em situação de rua, a última coisa que você quer é um lar.

Então, ficou claro que precisávamos trabalhar com seus traumas antes. Em St Mungo's, montamos um serviço de psicoterapia para pessoas nas ruas e começamos a trabalhar com outro psicólogo, um assistente social e uma pessoa do ministério, montamos um grupo de trabalho e desenvolvemos a ideia de ambientes psicologicamente informados. Então, os ambientes psicologicamente informados surgiram do reconhecimento do alto nível de trauma entre pessoas em situação de rua, e do fato de que as equipes que trabalham com pessoas em situação de rua não eram treinadas, não eram clínicos, eram pessoas comuns que trabalham com pessoas em situação de rua. Elas eram muito boas no desenvolvimento de relações com as pessoas, muito gentis e atenciosas geralmente, mas não tinham treinamento em trauma, nenhum treinamento em psicologia, não entendiam que muitos comportamentos eram uma resposta ao trauma. Então foi daí que surgiram os ambientes psicologicamente informados. Foi desenvolvido como uma forma de permitir que a equipe sem treinamento clínico trabalhasse com pessoas que foram impactadas por uma grande quantidade de trauma.

Mariana Puchivailo: Você reconhece que os serviços de saúde e sociais continuam a traumatizar ou retraumatizar indivíduos já feridos. Como você menciona e eu cito: "Eles são então frequentemente estigmatizados e condenados

ao ostracismo, são colocados na prisão, sendo ‘tratados’ com hospitalização, ou outras formas de exclusão social, coerção e contenção”. Nessa perspectiva, o tratamento “se torna algo que precisa ser feito ao indivíduo para trazê-lo de volta ao que quer que seja visto como o conjunto de comportamentos e papéis ‘normais’, ‘saudáveis’ ou ‘socialmente apropriados’”. Quais são alguns dos maiores desafios que você encontrou na integração de Cuidado Informado sobre Trauma e Ambientes Psicologicamente Informados em estruturas de cuidados existentes que adotam essa perspectiva?

Peter Cockerell: Há uma série de desafios. No St Mungo’s, incorporamos ambientes psicologicamente informados à maneira como trabalhávamos. Eu estava em uma posição privilegiada lá, porque eu era um dos diretores, então eu tinha muita influência. Nós montamos um serviço de psicoterapia e recrutamos muitos psicoterapeutas que apoiaram a organização a se mover nessa direção. Houve muito apoio, particularmente dos trabalhadores da linha de frente. Obstáculos, dentro da organização e dentro de outras organizações onde trabalhei para estabelecer ambientes psicologicamente informados, eram que a gerência média e sênior não entendia essa importância, eles achavam que o atendimento informado sobre trauma era necessário apenas para a equipe da linha de frente, e então eles continuaram com políticas às vezes bastante punitivas. Se alguém tivesse um certo comportamento, seria despejado ou alguém não aparecesse, então eles parariam esse serviço e assim por diante. Então, muitas de suas políticas não eram psicologicamente informadas. Eles também não deram tempo para as pessoas trabalharem relacionalmente, leva tempo para trabalhar desta forma, para se envolver com alguém que está traumatizado, leva tempo para permitir que eles se sintam seguros o suficiente para trabalhar com você, leva tempo para atingir qualquer um dos resultados. Os gerentes seniores muitas vezes queriam obter um contrato, mas o contrato dizia que eles tinham que realocar 100 pessoas todo mês ou algo assim, e então a pressão estava sobre a equipe para trabalhar rapidamente, não para trabalhar efetivamente. Então, às vezes há problemas organizacionais como esse.

Mas também há o ambiente que pode ser bastante traumatizante, você está trabalhando com pessoas que estão sendo maltratadas na rua pelo público em geral, às vezes sendo atacadas na rua, elas estão tendo dificuldades umas com as outras, às vezes elas têm dificuldades com a polícia. Ou elas estão indo para outros serviços que as tratam parcialmente, incluindo o serviço de saúde, que não gosta de pessoas em situação de rua e não gosta ainda mais de pessoas que usam drogas. Então, elas recebiam um tratamento bem duro, mas usavam muito os serviços de emergência, então eram vistas como caras e difíceis. O tratamento que elas recebiam eram muitas vezes ser completamente ignoradas, então elas iam embora. Elas sofriam um acidente, iam para a emergência, e ninguém nem as tratava, elas não recebiam nenhum tratamento, elas ficavam sentadas lá por horas, então ficavam fartas e iam embora, e essa era uma maneira que elas eram gerenciadas. Outra forma era que elas eram parcialmente tratadas. Esses tipos de tratamento ainda continuam. Falei com alguém recentemente, ela se automutila, ela cortou o rosto, e entrou em uma emergência, ela teve um corte grande, e o médico foi muito rude ao costurá-la. Ele disse: na verdade, não importa, você tem tantas cicatrizes de qualquer maneira. Esse tipo de atitude indiferente, esses são os desafios.

Mas acho que o maior desafio está realmente na alta gerência, e é por isso que eu e Sione editamos esse livro, porque achamos que há uma resistência na alta gerência em pensar psicologicamente e capacitar seus trabalhadores. Os trabalhadores entendem que precisam trabalhar de forma psicológica, os trabalhadores entendem sobre trauma quando é explicado a eles, porque eles reconhecem sua própria experiência de trauma. Os gerentes seniores precisam facilitar os trabalhadores a fazer isso. Então, o objetivo do livro é dar alguns exemplos para gerentes seniores e comissários, para que eles entendam o que é necessário para criar um bom serviço informado sobre trauma, que é a prática relacional, pensar sobre relacionamentos, a importância dos relacionamentos durante todo o processo e dar tempo às pessoas para fazerem o trabalho.

Mariana Puchivailo: Trago outra citação sua: “Promessas de soluções mágicas dos políticos, muitas vezes conspiradas por executivos seniores nos setores públicos e nos sem fins lucrativos, combinadas com soluções de curto prazo, contratos com metas de alto rendimento, salários baixos para a equipe da linha de frente e más condições de trabalho, exercícios de corte de custos fingindo ser economias de eficiência — todas essas são questões de justiça social contra as quais os líderes dos serviços de Cuidado Informado sobre Trauma (TIC) e Ambientes Psicologicamente Informados (PIE) precisam lutar se quiserem oferecer atendimento de boa qualidade, psicologicamente e informado sobre traumas”. Como você aborda esses desafios?

Peter Cockersell: É difícil. Escrever um livro é uma maneira, organizações de campanha são outra. Quando eu estava em St Mungo’s, ela era uma organização de campanha, mas mudou agora. Conversar com políticos nos bastidores também é uma forma, porque em particular muitos deles são mais sensatos do que em público. Conversar com comissários e tentar construir um movimento de opinião crescente. E até certo ponto isso foi bem-sucedido em nossa experiência quando publicamos “*Psychologically informed services for homeless people*” (*Serviços psicologicamente informados para pessoas em situação de rua*), acho que em 2012. Nessa época o trauma não estava na agenda, e 10 anos depois todo mundo está falando sobre trauma e falta de moradia. É muito reconhecido que há um alto nível de trauma entre as pessoas em situação de rua de longa data e que você tem que trabalhar de uma forma informada sobre o trauma, então mudamos o entendimento nisso. Isso não significa necessariamente que isso sempre acontece, mas mudou o clima político até certo ponto. Ainda há um problema com financiamento de curto prazo, pensamento de curto prazo e com a busca por soluções mágicas, e os políticos estão sempre ansiosos para dizer que vão resolver o problema. Mas um problema como a falta de moradia existe há muito tempo e também está profundamente enraizado na sociedade em que vivemos. Moradia na Inglaterra, por exemplo, não há moradia suficiente, é inacessível qualquer moradia que haja, então é claro que temos falta de moradia. Enquanto temos também

um grande número de indivíduos traumatizados, com problemas de drogas e álcool, problemas de saúde mental, teremos pessoas nas ruas. Então os políticos se levantarão e dirão que vamos acabar com a falta de moradia. Lembro que eles iriam acabar com a falta de moradia em 2010, eles não acabaram. Em Londres, quando Boris Johnson era prefeito de Londres, ele iria acabar com a falta de moradia para as pessoas em situação de rua em Londres em 2010, na verdade os números dobraram enquanto ele era prefeito. Então, não há uma resposta simples.

A outra coisa é que você pode demonstrar que o trabalho psicologicamente informado é mais eficaz e mais econômico, porque você cria soluções sustentáveis para as pessoas e elas saem das ruas. Havia uma pessoa que estava nas ruas há 28 anos, eu o vi alguns anos depois de trabalhar com ele, ele estava trabalhando e morando em um apartamento, pagando impostos. Fizemos serviço de psicoterapia com pessoas que estavam em situação de rua, eram todas pessoas que moravam nas ruas há mais de cinco anos e que se recusaram a entrar em albergues. Elas se recusaram a entrar na acomodação porque tinham estado em algumas das acomodações e não gostaram. Trabalhamos com elas, não me lembro bem quantas, 150 a 200 indivíduos, e 70% delas entraram na acomodação durante um programa de psicoterapia de um ano.

Nossos psicoterapeutas as encontravam para a psicoterapia onde estavam, nas ruas, em bancos de parques, em banheiros públicos em centros diurnos. Eles trabalharam com elas nas coisas que importavam para elas e construíram confiança. Algumas das imagens que tenho são de psicoterapeutas sentados com alguém com um Staffordshire Bull Terrier no colo e o paciente está sentado ao lado deles com uma lata de cerveja na mão em um banco de parque e eles estão fazendo psicoterapia. Em outra situação uma psicóloga fez psicoterapia pela porta do banheiro com uma mulher que não aceitava psicoterapia frente a frente. Então ela se sentava dentro do banheiro, e eles faziam isso pela porta do banheiro, em um centro diurno, e eventualmente acabaram entrando em uma sala de terapia e ela acabou sendo alojada.

O problema foi resolvido? Não, não foi resolvido. Ainda há pessoas em situação de rua, não há provisão suficiente, não há mais, infelizmente, o serviço de psicoterapia que montamos em St Mungo's, ele não existe mais, fechou ano passado, novos diretores mudaram de direção. Então, não há serviços suficientes, ainda há alguns, mas não são suficientes. E eu acho que precisa ser continuamente atualizado, essa é a outra coisa, você não pode fazer campanha e dizer que ganhamos o argumento, é assim que se faz. Você tem que fazer isso de novo e de novo e de novo.

Vinte e poucos anos atrás, a iniciativa das pessoas em situação de rua tirou 75% das pessoas em situação de rua das ruas da Inglaterra, realocou todos eles, e então eles disseram que o trabalho estava feito e se acomodaram. Na pandemia, eles realojaram todas as pessoas em situação de rua na Grã-Bretanha, mas agora as ruas estão cheias de pessoas em situação de rua novamente, e isso foi há apenas quatro anos. Sim, então isso tem que ser feito de novo e de novo e de novo e de novo, infelizmente. Claro, ainda há pessoas em situação de rua porque não há serviços suficientes para crianças, não há serviços suficientes para famílias que precisam de ajuda, não há apoio psicológico e emocional para crianças pequenas e suas famílias, e é quando você pode ver as crianças de 4 anos que serão as pessoas em situação de rua em 20 anos, infelizmente.

Mariana Puchivailo: Você menciona que as organizações também podem reproduzir processos que repetem as experiências de trauma não apenas nos clientes, mas também em seus funcionários, criando, por exemplo, altos níveis de *burnout*. Um dos principais elementos que você aponta para que uma equipe de funcionários seja capaz de fornecer Cuidado Informado sobre Trauma é que ela não deve ser traumatizada. Você pode falar mais sobre isso?

Peter Cockersell: Sim. Obviamente, as organizações não partem com a intenção de traumatizar seus funcionários, mas coisas como más condições de trabalho e baixa remuneração tornam a vida muito difícil para as pessoas. Diretrizes para fazer mais por menos, que é uma tendência dos últimos 10 ou 15 anos, é muito prejudicial para os funcionários,

porque eles trabalham muito duro. Então você tem trabalhadores mal pagos, não particularmente bem treinados, geralmente jovens, recebendo empregos muito difíceis e então solicitados a fazer mais e mais, por gerentes que não entendem o quão difícil é. Eles também têm dificuldades em suas próprias vidas. Quando fiz um pequeno grupo com trabalhadores de reassentamento, cujo trabalho era abrigar pessoas em situação de rua, havia 12 deles, e perguntei qual era a situação de moradia deles, um deles estava em situação de rua, cerca de quatro ou cinco dos outros estavam dormindo em sofás de pessoas ou em seus quartos de hóspedes, eles não tinham apartamentos próprios, e os outros estavam todos morando em acomodações alugadas, que você sabe, o proprietário poderia despejá-los a qualquer momento. Então, nenhum deles tinha segurança de moradia, de forma alguma, e isso é difícil. Então o ambiente é difícil.

Mas acho que o principal são os gerentes seniores prometendo coisas aos financiadores que não podem ser entregues. Por exemplo, eu tinha um contrato uma vez, para abrigar pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, que estavam vivendo na rua. Então, nós os abrigamos, nós os mantivemos em moradias. Esses foram alguns dos primeiros ambientes psicologicamente informados. Nós estávamos realmente orgulhosos de nós mesmos, porque eles ficaram na moradia por um ou dois anos. Então, nós tivemos um comissário vindo, e aconteceu que o contrato, que eu não tinha lido, porque eu era um jovem gerente na época, dizia que eles deveriam ter empregos dentro de um ano, e eles não deveriam ficar mais de um ano. Eles deveriam sair das ruas e nós deveríamos conseguir empregos para eles e então eles deveriam se mudar para seus próprios apartamentos dentro de um ano. Isso é loucura, e quem fez esse contrato não estava pensando. Então, contratos como esse são traumatizantes.

A outra coisa é não ter apoio e trabalhar com pessoas que passaram por uma grande quantidade de traumas, é traumatizante. Se você é empático, a empatia leva a um trauma vicário, e se você é empático e está ouvindo histórias horríveis sobre vidas realmente difíceis das pessoas, desde a infância, você está ouvindo isso dia após dia e está lutando com o sistema, que realmente não se importa, não há moradia suficiente

e dinheiro suficiente, e você está trabalhando muito duro tentando fazer isso, você está sofrendo trauma você mesmo. A principal coisa que as organizações fazem que é traumatizante, é não dar suporte aos seus funcionários. Eles não acham que esses funcionários estão trabalhando em circunstâncias realmente difíceis, fazendo um trabalho muito difícil, e eles estão expostos a traumas, o dia todo, todos os dias. Eles precisam de supervisão realmente boa, supervisão regular e frequente, de momentos de processos reflexivos, de um bom treinamento, eles precisam de melhores condições, de folga, de pausas. Se eles têm, por exemplo, entrevistas consecutivas com pessoas em necessidade de moradia que são realmente difíceis, você não tem tempo para processar nada à medida que avança. Você tem uma consulta após a outra e ouve as mesmas histórias terrivelmente difíceis ou histórias terríveis diferentes, uma após a outra. Mas a gerência não cria um tempo para eles saírem e não cria espaços onde possam ir e conversar uns com os outros, ou chorar nos ombros uns dos outros, ou apenas tomar uma xícara de chá e se afastar um pouco. A prática reflexiva formal, a supervisão formal, o reconhecimento formal do risco de trauma vicário e a compreensão de como as pessoas podem preservar seu próprio bem-estar são realmente importantes. Então, acho que o mais importante é que as organizações tomem medidas ativas para apoiar sua equipe e as práticas reflexivas são essenciais.

Mariana Puchivailo: O projeto de ambientes psicologicamente informados foi desenvolvido no Reino Unido e tem sido mantido principalmente em serviços para pessoas em situação de rua. Você trabalhou por 20 anos com pessoas em situação de rua. Você pode compartilhar o que aprendeu sobre a importância dos ambientes psicologicamente informados e do cuidado informado sobre trauma neste contexto de cuidado?

Peter Cockersell: Ambientes psicologicamente informados surgiram da falta de moradia, mas foram construídos em outras abordagens psicologicamente informadas, então havia: ambientes facilitadores e comunidades terapêuticas. Então não surgiu do nada, tem uma relação com algumas outras coisas, e agora, como temos nos exemplos do livro, é praticado em serviços de saúde mental, serviços para crianças, serviços de abuso doméstico e no sistema de justiça

criminal também. Então é uma abordagem que é usada em uma ampla gama de lugares. O que aprendi com isso? Há aprendizado individual, então aprendi a ser um gerente muito melhor do que era quando comecei. Agora sou um executivo-chefe de uma organização, e tento administrar a organização de uma forma psicologicamente informada e dar suporte à nossa equipe. Então, toda a nossa equipe recebe supervisão e grupos reflexivos, e assim por diante, nós realmente damos a eles tempo livre para fazer terapia. Tentamos criar um bom ambiente para eles.

Acho que o que aprendi é a incrível capacidade das pessoas de se recuperarem se tiverem uma chance. Então, pessoas que foram expostas a traumas terríveis, muitas e muitas perdas de relacionamentos, e isso é algo que acho que também aprendi ao longo dos anos, que se tornou central para minha filosofia e prática, é que não é apenas o trauma, é o trauma e os relacionamentos danificados que são realmente muito prejudiciais para as pessoas. Se as pessoas são expostas ao trauma, mas têm uma forte rede de carinho e amor ao redor delas, elas são resilientes e se recuperam facilmente, mesmo que seja um trauma muito grande, elas se recuperam razoavelmente bem. Mas se elas não têm ninguém por perto ou se os relacionamentos que elas têm são hostis ou prejudiciais ou se, para crianças pequenas, se o trauma surge de pais violentos ou abusivos, abuso sexual e assim por diante, então é muito mais difícil se recuperar disso.

Mas as pessoas se recuperam e a resiliência das pessoas com quem trabalhei é simplesmente incrível, e com as quais minha equipe trabalha agora, elas trabalham com pessoas que passaram por vidas incrivelmente difíceis, vivenciaram coisas extraordinárias, que eu não acho que conseguiria sobreviver. Mas com o apoio certo, o cuidado certo e a atenção certa, tendo alguém que as entenda, que as ouça, que entenda o processo de trauma e apego danificado, e forme um relacionamento honesto e atencioso com elas, então as pessoas seguirão em frente e se recuperarão, farão coisas incríveis e seguirão com suas vidas, formarão relacionamentos, terão empregos, terão casas, assim como outras pessoas, se receberem o apoio certo. As pessoas, apesar do tremendo dano que lhes foi feito, têm um

poder incrível de recuperação e eu acho que isso é o mais emocionante e maravilhoso e o que me mantém neste negócio, caso contrário, eu teria saído anos atrás, se isso não fosse verdade. É extraordinário o poder e a recuperação das pessoas.

Mariana Puchivailo: Que conselho você daria aos profissionais que buscam adotar abordagens informadas sobre traumas ou psicologicamente informadas em seu trabalho?

Peter Cockersell: Ouça as pessoas, reserve um tempo para ouvir suas histórias e o que aconteceu com elas, e tente ajudá-las. Acho que essa é, na verdade, a primeira coisa que geralmente fazemos, do ponto de vista do envolvimento com alguém, é tentar fazer algo útil. O pedido de ajuda não vem necessariamente ligado à sua função, por exemplo, fornecer moradia, eles podem não querer a casa imediatamente, eles podem não ser capazes de lidar com isso. Ou se seu trabalho é fornecer treinamento, eles podem não querer treinamento, mas encontre algo que seja útil. Então você demonstra ser aberto, curioso, honesto e prestativo.

É importante também realmente estar lá para eles. Então, qualquer coisa que você prometa ou diga que vai fazer, é muito importante fazer. É importante estar lá regularmente e de forma confiável, porque o que você está realmente tentando fazer é construir um relacionamento, e essa é a chave para trabalhar com qualquer pessoa, na verdade. Mas é certamente a chave para trabalhar com alguém que passou por muitos traumas e que está em um contexto de relacionamentos prejudiciais. Você está tentando construir um relacionamento de confiança com eles e a confiança leva um tempo para ser construída. Também não é ser reativo, é prestar atenção ao que eles dizem, tentar encontrar algo que os ajude, estar com eles e vê-los como pessoas que passaram por momentos difíceis, então não é um julgamento nesse sentido. Você pode estar fazendo uma avaliação, então está fazendo julgamentos em outro sentido. Mas, na verdade, é uma pessoa que veio para vê-lo e se você tratar as pessoas como pessoas e tratá-las com respeito, dignidade e cuidado, então elas gradualmente responderão a você. Então é lembrar desse contato humano.

Especialmente as pessoas marginalizadas, elas provavelmente não estão interessadas no que você esteja fazendo, esse não é o propósito principal delas, a sobrevivência é frequentemente o propósito principal delas. E então você pode ajudar com outra coisa. Há coisas óbvias, como sapatos. Lembro-me de um homem que tinha pulgas terríveis, apenas ajudá-lo a se livrar delas, esse foi o começo do relacionamento. Ele estava evitando todo mundo e ele estava sendo considerado como alguém com quem ninguém conseguia trabalhar. Mas ele evitava todo mundo porque estava coberto de pulgas, ele tinha muita vergonha disso, assim, ele não admitia. Percebi que ele estava com pulgas, eu também já tive pulgas. Eu disse, oh, você tem pulgas, eu já tive pulgas, é horrível, e nós nos livramos das pulgas dele. Então a vida se torna possível. Porque realmente, quando você está coberto de pulgas, e seus sacos de dormir estão cobertos, é muito difícil se livrar delas, quando você está morando na rua. É esse tipo de coisa, é humano, é a humanidade. As pessoas são marginalizadas pela sociedade e então são tratadas como “outras”, elas não pertencem mais, não fazem parte da sociedade, são desumanizadas até certo ponto. Então, restaurar a humanidade, e você ser humano com elas, é realmente importante.

Peter Cockersell

Psicoterapeuta Psicanalítico. Doutorado profissional em Psicoterapia.

Mariana Cardoso Puchivailo

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

E-mail: puchivailomariana@gmail.com

Fatores de Risco e de Proteção a Adolescentes Estudantes em Regime de Internato

Jeisy Keli Schirmann¹ , Fernanda Caroline Gnoatto Ribeiro²  e Thais Cristina Gustein Nazar³ 

Unipar, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil

Resumo: Os adolescentes possuem direitos positivados em lei, quando não garantidos podem se configurar como fatores de risco, e quando o básico lhes é negado, inúmeros prejuízos podem afetar seu desenvolvimento biopsicossocial. Já os fatores de proteção são grandes aliados para promoção das competências físicas, cognitivas, sociais e constituição de si e crescimento de acordo com os padrões de desenvolvimento. Analisando as questões anteriormente apresentadas, o presente estudo teve como objetivo investigar os fatores de risco e de proteção mais impactantes para o desenvolvimento de adolescentes em regime de internato. A pesquisa realizou-se em um município do sudoeste do Paraná, em colégio de regime de internato, com a participação de 278 adolescentes, com faixa etária de 15 a 18 anos, estudantes do Ensino Médio. Para obtenção dos dados, realizou-se a aplicação do Questionário Juventude Brasileira, e analisou-se os dados no programa Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS, versão 22.0). Através da investigação dos dados, avaliou-se como agravante, o contato precoce com a bebida alcoólica em número exacerbado de respondentes, grandes índices de jovens com ansiedade, depressão, tentativas e ideias suicidas. Em comparação com os adolescentes que afirmam sofrer com transtornos mentais como ansiedade e depressão, a busca por ajuda acaba sendo menor do que o índice de jovens que se autodeclaram com um transtorno mental, o que configura muitos adolescentes em estado de sofrimento mental sem tentar ou ter condição de buscar ajuda. Sobre os fatores de proteção, a família e a escola mostram-se como importantes alicerces na promoção da proteção dos jovens.

Palavras-chave: adolescentes, fatores de risco, fatores de proteção, regime de internato

Risk and Protection Factors for Adolescent Students in Boarding School

Abstract: Teenagers have rights guaranteed by law, which when not guaranteed can be considered risk factors, and when the basics are denied, countless losses can affect their biopsychosocial development. Protective factors, on the other hand, are great allies in promoting physical, cognitive, social skills and self-constitution and healthy growth. Analyzing the questions previously presented, the present study was developed with the aim of investigating in adolescents in boarding school, which are the risk and protective factors that most impact their development. The research was carried out in the city of Paraná, in a boarding school, with the participation of 278 teenagers, aged between 15 and 18, high school students. To obtain the data, the Brazilian Youth Questionnaire was applied, and the data was analyzed

¹ Professora efetiva da rede pública municipal de ensino. Licenciada em Educação Física pela União de Ensino do Sudoeste do Paraná — Unisep. Graduada em Licenciatura Plena em Pedagogia pelo Centro Universitário de Araras. Especialista em Educação pela Faculdade de Amperé — Famper. Especialista em Direitos Humanos pela Universidade Federal da Fronteira Sul — UFFS. Acadêmica do curso de Psicologia pela Unipar. *E-mail:* jeisykelischirmann@gmail.com

² Acadêmica do curso de Psicologia da Unipar. *E-mail:* fernanda.gnoatto@edu.unipar.br

³ Doutora em Educação pela UFPR. Docente e Orientadora PIC/PIBIC do Curso de Psicologia na Unipar. *E-mail:* thaiscg@prof.unipar.br

using the Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS, version 22.0). Through the investigation of the data, it is seen as an aggravating factor, the early contact with alcoholic beverages in an exacerbated number of respondents, high rates of young people with anxiety, depression, suicidal attempts and ideations and, in comparison to mental problems, the search for Help ends up being less, which leaves many teenagers in a state of suffering without trying to seek help. Regarding protective factors, family and school are important foundations in promoting the protection of young people.

Keywords: teenagers, risk factors, protective factors, boarding regime

Introdução

A transição da infância para vida adulta em muitas culturas não é relacionada a um único momento, mas por um grandioso período chamado de adolescência: “uma transição no desenvolvimento que envolve mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais e assume formas variadas em diferentes contextos sociais, culturais e econômicos” (Papalia et al., 2013, p. 386). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), a adolescência é um estágio dos 10 aos 19 anos, período que oferece oportunidades de crescimento em várias dimensões, desde físicas referentes a puberdade, as sociais incluindo a personalidade e a autoestima. Ainda, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera que a adolescência compreende a faixa etária dos doze aos 18 anos de idade (*Lei nº 8.069, 1990*).

Em decorrência das muitas transformações advindas com a adolescência, o indivíduo encontra algumas dificuldades no ambiente escolar. A escola e os profissionais, por sua vez, têm a função de ensinar as regras e normas e fornecer ao aluno um ensino de qualidade para a sua formação, porém, segundo Leite et al. (2016), muitos adolescentes entram em crises de identidade, se tornam críticos e, devido às exigências que são impostas pelo meio social quando não compreendidos e sem orientação para enfrentar estas crises, pode acarretar prejuízos em seu desempenho escolar. O insucesso escolar tem ligação com vulnerabilidade social, despreparo acadêmico dos profissionais atuantes na educação e falta de incentivo por parte da família (Souza, 2019).

A pandemia foi um grande empecilho para os estudantes, segundo um estudo sobre *Exclusão Escolar no Brasil*, realizado pela Unicef e Cenpec (2021) mais de 5,1 milhões de crianças e adolescentes foram privados do seu direito à Educação devido ao isolamento social, o que agravou no pós-pandemia a evasão escolar, onde muitos desistiram de seus estudos; e o retrocesso escolar, que evidenciou a desigualdade no ensino, pois muitos não tinham acesso à internet, impossibilitando o acesso às atividades síncronas.

Durante as fases que o ser humano passa no decorrer da vida, existem condições que acarretam perigo, que são os fatores de risco. Segundo a OMS (2014), são comportamentos, características, exposições ou influências ambientais que aumentam a probabilidade de colocar a saúde ou vida de um indivíduo em risco; esses fatores podem ser comportamentais, ambientais, biológicos e sociais. Quando há o afastamento de perigos, são os fatores de proteção. “Os jovens que têm relações de apoio com os pais, a escola e a comunidade tendem a desenvolver-se de forma positiva e saudável” (Papalia et al., 2013, p. 387), sendo de muita importância para sustentação, garantia de direitos e orientação dos jovens.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), “Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (*Lei nº 8.069, 1990, p. 8*). É dever da família e do Estado a garantia desses direitos, bem como dos âmbitos sociais que estão inseridos (*Lei nº 9.394, 1996*). Quando os adolescentes não têm seus direitos garantidos, ficam em estado de vulnerabilidade e, sem rede de apoio e familiares com condições dignas de trabalho, não terão seus meios básicos de sobrevivência garantidos, pois a pobreza é um fator de risco (Papalia et al., 2013). Indivíduos em situação de vulnerabilidade social ficam mais suscetíveis a envolvimento com o crime e, por conseguinte, com drogas, ocasionando consequências desfavoráveis ao seu desenvolvimento (Bee & Boyd, 2011).

O uso de drogas é aprendido socialmente, portanto quando os familiares e pessoas do mesmo âmbito social fazem uso de drogas lícitas e ilícitas, o adolescente fica suscetível ao uso precoce destas substâncias psicoativas. As situações de violência doméstica podem contribuir para o uso de drogas; inúmeras vezes está associado a tentativa de fuga, em especial quando ocorre violência em relações familiares (Neves et al., 2021).

Outra condição que influencia muitas atitudes adolescentes é o modelo coercitivo que refere-se à influência que uma pessoa exerce sobre a outra, assim influenciando diretamente em seu comportamento e muitas vezes a pessoa acaba mudando sua forma de agir por medo de consequências aversivas (Sidman, 2009).

O primeiro cigarro produz tontura; a primeira bebida alcoólica tem um gosto horrível; o primeiro cigarro de maconha é desapontadoramente insípido; o primeiro ato sexual é com frequência desajeitado e algumas vezes humilhante. No entanto, a ameaça de expulsão daqueles que não seguem o grupo é suficiente para empurrar o iniciante a superar essas barreiras iniciais. (Sidman, 2009, p. 42)

Ademais, segundo Ferreira (2020), no que tange o abuso sexual e físico, o ECA tem escasso aparato para proteção do adolescente, e para compreender o que é classificado como abuso, a maior parte dos psicólogos que estuda desenvolvimento infantil e psicopatologias usa as concepções de Rogosh et al. (1995), sendo o abuso físico qualquer ferimento não acidental que até mesmo leve a hospitalização; e abuso sexual é todo ou qualquer tipo de contato sexual anterior aos 14 anos ou sem consentimento a partir dos 14 anos com objetivo de satisfazer desejos sexuais pessoais do agressor adulto. Já a negligência é a falha nos oferecimentos de questões básicas como alimento e cuidados básicos (Bee & Boyd, 2011), ainda segundo a OMS (2002), a negligência é a incapacidade de atender às necessidades básicas das crianças e adolescentes, essenciais para o desenvolvimento e bem-estar, abrangendo aspectos relacionados a saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, habitação

e um local seguro para viver. As questões acima citadas, além de serem eventos estressores, podem contribuir para ideações suicidas.

A OMS, em 2014, considerou como comportamento suicida uma sequência de eventos como a ideação, planejamento, tentativa de suicídio e sua última instância, que é o próprio suicídio. Ainda a OMS em 2019, estimou que a cada 100 mortes no Brasil, 1,3% sejam em decorrência de suicídio, sendo a quarta causa de óbitos de ambos os sexos, de adolescentes entre 15 e 19 anos (Fogaça et al., 2023).

Segundo Moniz (2020), eventos estressores como morte de um familiar ou amigo, perda de parceiros românticos, problemas financeiros, disciplinares ou acadêmicos, doenças físicas ou mentais (depressão, bipolaridade, ansiedade) podem levar a tentativa ou ideação suicida, bem como, abuso de substâncias (drogas), comportamentos suicidários de histórico familiar, comportamentos autolesivos, impulsividade, perfeccionismo, agressividade e maus tratos. Todas as formas de violência configuram-se em fatores de risco.

A violência é um sintoma, sintoma do mal-estar nas relações humanas, da fragilidade e/ou ruptura dos laços sociais de indivíduos, grupos ou nações. E, ao mesmo tempo, está na origem de muitas situações que causam mal-estar, insegurança coletiva, medo social e estimulam, legitimam a intolerância e as práticas repressivas. Há muitos modos de conceituar a violência. A conceituação é determinada pelas concepções éticas e políticas de seus formuladores em determinado tempo e espaço histórico. (Bee & Boyd, 2011, p. 364)

Muitas vezes, cercados pela violência, crianças e adolescentes não possuem a opção de verbalizar os sentimentos. É fundamental que as políticas públicas para a prevenção e o tratamento da violência sexual sejam amplas e integradas, envolvendo diferentes setores da sociedade. É necessário que os profissionais envolvidos nesse trabalho tenham uma formação adequada e estejam preparados para lidar com a complexidade do tema, configurando, assim, um fator de proteção (Pinho et al., 2020).

A Lei 13.431/2017, que estabelece diretrizes para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, destaca a importância da articulação da rede de proteção e a necessidade de evitar a revitimização institucional, conforme disposto no artigo 14. Essa legislação enfatiza a importância de políticas públicas integradas que envolvam diferentes setores da sociedade, garantindo que profissionais estejam adequadamente formados para lidar com a complexidade do tema. Essa abordagem é essencial para criar um ambiente seguro que permita às crianças e adolescentes expressarem seus sentimentos e experiências sem sofrerem mais traumas.

Ainda, segundo uma pesquisa sobre violência, em um estudo realizado com 400 estudantes com idade entre 11 e 17 anos, “19,8% dos estudantes haviam reprovado de ano, 45,5% informaram ter sofrido algum tipo de violência no âmbito familiar e 40% fora da família” (Achkar et al., 2017, p. 421), percebe-se com esses dados que a violência intra e extrafamiliar interfere no rendimento acadêmico, podendo ser um fator de insucesso escolar. Ainda sobre os fatores de proteção, “[...] estudantes do grupo com alto desempenho escolar apresentam mais habilidades sociais de Empatia, Autocontrole, Civilidade e no total das habilidades sociais quando comparados aos alunos dos grupos com baixo e médio desempenho escolar” (Achkar et al., 2017, p. 421). Portanto, a formação de uma rede de proteção eficaz e bem articulada é fundamental para mitigar esses efeitos negativos e promover fatores de proteção, como habilidades sociais e empatia, essenciais para o desenvolvimento saudável dos jovens. A prevenção da violência na adolescência é de responsabilidade compartilhada, em diferentes níveis de saúde e educação; a rede primária oferece intervenções imediatas e de base comunitária, já a rede secundária oferece suporte especializado e mais intensivo caso seja necessário em casos mais complexos.

De acordo com Bee e Boyd (2011), antes de concluir o Ensino Médio, os adolescentes tornam-se ativos sexualmente. Para alguns, ser ativos sexualmente é ter um único intercurso sexual,

mas muitos outros têm vários parceiros e não têm cuidado quanto a devida proteção voltada ao ato sexual, contribuindo, assim, para a gravidez precoce e o risco de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A falta de informações sobre questões que englobam a sexualidade é uma das razões pelas quais os jovens se expõem a riscos, sendo o tema ainda tratado como tabu. A ausência de diálogo sobre o assunto é uma atitude errônea que pode provocar consideráveis adversidades futuras (Ramirez et al., 2019).

Em estudo realizado com 29 adolescentes de ambos os sexos, Ferreira (2020) descobriu que 50% dos entrevistados preferem dialogar com amigos sobre suas vidas sexuais, e para 59% dos adolescentes a família não é solicitada para busca de orientação, pois não tem liberdade ou confiança para tal diálogo. Ainda, 69% dos entrevistados afirmam que as instituições de ensino não oferecem informações sobre gravidez na adolescência e riscos de ISTs e DSTs.

No que se refere ao estudo realizado com 88 adolescentes de 10 a 19 anos 11 meses e 29 dias, desde a data de janeiro de 2015 a julho de 2020 disponibilizados para a coleta pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) no Estado de São Paulo que se enquadravam em tentativa de suicídio (TS), o meio mais utilizado “foi a intoxicação exógena, principalmente por medicamentos (84,1%); 7,9% dos adolescentes combinaram o uso de dois métodos para a TS” (Fogaça et al., 2023, p. 3), como utilização de arma branca e drogas lícitas ou ilícitas. Em 4% das tentativas não foram encontrados fatores de risco, no entanto “problema de saúde mental (40,9%), tentativa prévia (39%), conflito familiar (39%) e automutilação (25%)”. Estar vivenciando ou ter vivenciado dois fatores de risco associados foram identificados em 32% dos atendimentos, três em 16% e quatro fatores em 11%” (Fogaça et al., 2023, p. 5). Com estes dados, pode-se perceber que os fatores de risco têm influência na tentativa de suicídio (TS). Ainda segundo Fogaça et al. (2023), a ligação de TS masculino em adolescentes pertencentes a comunidade LGBTQIA+ e uso de álcool, adolescentes de menor idade têm TS ligada a automutilação, *bullying*, conflitos familiares, tentativa de suicídio

de alguém próximo. Portanto, adolescentes que estão em contato com fatores de risco têm maior probabilidade de tentativa de suicídio, sendo que um número menor de 4% do público analisado não estava em contato com fatores de risco, por sua vez, os fatores de proteção contribuem para que a TS ocorra em número reduzido.

Um estudo realizado por Horn et al. (2021) identificou a correlação fraca entre o desempenho escolar e os sintomas de ansiedade e depressão em 432 estudantes de escolas públicas de idades entre 15 e 18 anos, onde alunos de escolas de turno integral obtêm maior desempenho e menores sintomas de depressão, estresse e ansiedade que os de ensino regular. Não houve diferenças estatísticas no desempenho escolar entre os gêneros feminino e masculino, porém as meninas apresentam maior escore para os sintomas de depressão e ansiedade. A escola integral no sentido apontado anteriormente atua como um fator de proteção por ser um ambiente seguro, supervisionado e por oferecer atividades estruturadas que mantenham os adolescentes longe de ambientes potencialmente perigosos. Dito isso, o objetivo deste trabalho foi caracterizar fatores de risco de adolescentes em regime de internato. Discutir sobre dados que interferem negativamente na vida dos adolescentes, no que tange fatores de risco e proteção.

Materiais e Métodos

No presente estudo, realizou-se uma pesquisa de campo descritiva e de natureza quantitativa, a fim de caracterizar os fatores de risco e proteção em adolescentes de Ensino Médio em regime de internato, da rede pública de ensino, utilizando-se de levantamento e coleta de dados. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética, parecer nº 85.836.801.

Empregou-se a técnica do Questionário Juventude Brasileira (Dell’Aglia et al., 2011), que consiste na elaboração de 79 questões estruturadas, sobre educação, saúde, família e rede de apoio, a fim de que as perguntas contribuam para o levantamento de informações de fatores de risco e proteção em adolescentes. O questionário foi realizado presencialmente com questões fechadas

e abertas, de múltipla escolha. Sua realização foi autoaplicável e anônima com os alunos do inquérito, sendo acompanhada de estudantes de psicologia, garantindo o anonimato dos participantes e sua permissão através do termo de livre consentimento esclarecido (TCL). Para que fosse possível a garantia do anonimato dos participantes, recorreu-se como medida de levantamento de dados a aplicação de questionário. Assim, teve como prerrogativa a aplicação presencial e as respostas feitas de modo descritivo e objetivo.

Participantes

A presente pesquisa, realizada entre os meses de maio e agosto de 2023, contou com a colaboração de 278 adolescentes devidamente matriculados em colégio público em regime de internato. Desses 278 estudantes, 34,2% (n = 95) são do gênero feminino e 65,8% (n = 183) do gênero masculino, com faixa etária entre 15 e 18 anos.

Local

Realizou-se o estudo em uma escola de regime de internato, em um município localizado no sudoeste do Paraná, em turmas do primeiro, segundo e terceiro ano do Ensino Médio.

Instrumentos

Foi aplicado na escola de internato o Questionário Juventude Brasileira, aos alunos dos 1ª, 2ª e 3ª anos do Ensino Médio, composto por 79 questões. Os dados dos questionários foram tabulados e analisados, identificando os fatores de risco e proteção implicados na pesquisa. Para o presente estudo, foram consideradas as questões sociodemográficas de 1 a 9, 11 a 18, 22 e 23, 30 a 40, 63 a 68 e 74 a 79 do Questionário Juventude Brasileira para levantamento das informações sobre idade, sexo, local de residência, quantidade na mesma casa, renda familiar, nível de instrução ou escolaridade, atividade laboral, doenças crônicas e mental, acesso ao serviço de saúde, religião, uso de drogas lícitas e ilícitas, e também questões quanto ao contexto organizacional

como relação de proximidade com os familiares, professores e rede de apoio. Ademais, foram analisadas questões referentes a violência física, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, ideação e tentativa de suicídio. Ainda, na questão 78, desenvolvida por Zigmon & Snaith (1983), adaptada por Botega et al. (1995), e na questão 79, constituída pelos itens do instrumento de Zanon et al. (2013), foi feito o levantamento de informações sobre situação e percepção pessoal.

Análise dos Dados

Para tabulação dos dados, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS, versão 22.0), realizando levantamento de informações descritivas e inferenciais, analisando frequências, desvio padrão e médias das questões investigadas.

Para a concretização da análise dos dados, utilizou-se de planilhas Google e tabelas geradas automaticamente a partir do lançamento dos dados no programa SPSS. As respostas foram devidamente categorizadas em consonância com seus conteúdos e descritas em sua relevância.

Resultados

Quanto ao gênero dos participantes, há predominância do sexo masculino, sendo 65,8% (n = 183) do público e 34,2% (n = 95) feminino. Ao realizar levantamento sobre a idade, percebeu-se maior número com 15 anos (39,9%, n = 111), 16 anos (33,5%, n = 93) e 17 anos (21,2%, n = 59) seguido de 18 anos (4%, n = 11) e mais de 18 anos (0,4%, n = 1). Em relação ao estado civil, 86% (n = 241) dos participantes são solteiros, 0,4% (n = 1) é casado(a), 1,1% (n = 3) moram junto, 0,4% (n = 1) é separado(a) ou divorciado(a), e no campo outros tipos de relacionamentos 6,1% (n = 17), assim, a grande maioria dos adolescentes que aceitaram participar da pesquisa são solteiros.

Referente à renda familiar, o menor número de respondentes 3,5% (n = 9) assinalaram ter menos de R\$ 1.320,00, seguido de 8,5% (n = 22) entre R\$ 1.321,00 e R\$ 1.980,00, ainda 26,7% (n = 69) entre

R\$ 1.981 e R\$ 3.960, 22,5% (n = 58) entre R\$ 3.961 e R\$ 6.600 e com maior número 38,8% (n = 100) mais de R\$ 6.600.

Na Tabela 1, destacam-se informações sociodemográficas, no que remonta às características dos participantes da pesquisa.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa.

Características dos participantes		n	%
Sexo	Masculino	183	65,8%
	Feminino	95	34,2%
Idade	15 anos	111	39,9%
	16 anos	93	33,5%
	17 anos	59	21,2%
	18 anos	11	4%
	Mais de 18 anos	1	0,4%
Estado Civil	Solteiro(a)	241	86,7%
	Casado(a)	1	0,4%
	Mora Junto	3	1,1%
	Separado(a)/ Divorciado(a)	1	0,4%
	Outro	17	6,1%
Renda Familiar	Menos de R\$ 1.320	9	3,5%
	Entre R\$ 1.321 e R\$ 1.980	22	8,5%
	Entre R\$ 1.981 e R\$ 3.960	69	26,7%
	Entre R\$ 3.961 e R\$ 6.600	58	22,5%
	Mais de R\$ 6.600	100	38,8%

Dando continuidade à pesquisa, realizou-se sondagem de informações sobre os tipos de fatores de risco que os adolescentes do Ensino Médio em regime de internato já entraram em contato, dados que são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2*Fatores de riscos relevantes identificados.*

Tipo de fatores de risco	n	%
Ideação Suicida	63	22,7%
Tentativa de Suicídio	34	12,2%
Problema mental/psicológico	59	21,2%
Ansiedade	163	61%
Depressão	105	37,8%
Violência Intrafamiliar		
Mexeu no meu corpo contra minha vontade	10	3,6%
Relação sexual forçada	3	1,1%
Ameaça ou humilhação	83	29,9%
Violência fora do âmbito intrafamiliar		
Mexeu no meu corpo contra minha vontade	26	9,4%
Relação sexual forçada	8	2,9%
Ameaça ou humilhação	135	48,6%
Já teve relação sexual	133	47,8%
Gravidez na adolescência	2	0,7%
DST	5	1,8%
Não usou camisinha no último ano	47	37,9%
Uso de Álcool	233	83,8%
Amigo próximo que usa drogas	139	50%
Uso de drogas/cigarro	60	21,6%

Analisando os resultados, dos 278 participantes, no que se refere a fatores de risco, percebe-se como agravante a ideação suicida chegando a 22,7% (n = 63) e tentativas 12,2% (n = 34). Dentre os dados voltados a problema mental/psicológico 21,2% (n = 59) afirmam ter. Sobre ansiedade, 63% (n = 61) autodeclararam ter o transtorno, enquanto 37,8% (n = 105) declaram ter depressão.

Em levantamento dos dados coletados sobre violência intrafamiliar, na pergunta: mexeu no meu corpo contra minha vontade 3,6% (n = 10) participantes responderam que sim, relação sexual forçada 1,1% (n = 3), e ameaça e humilhação 29,9% (n = 83) responderam que já sofreram. Voltado a violência fora do âmbito intrafamiliar, mexeu no meu corpo contra minha vontade 9,4% (n = 26) dos adolescentes responderam positivamente à pergunta, relação sexual forçada 2,9% (n = 8) e no

levantamento de informações sobre incidência de ameaça e humilhação 48,6% (n = 135) já passaram por estas situações. Em consonância com os dados anteriormente apresentados, percebe-se que os adolescentes sofrem mais situações de violência, abuso e humilhação fora do âmbito familiar.

É possível analisar nos dados da Tabela 2 que há pequena incidência de gravidez na adolescência 0,7% (n = 2), no entanto, 47,8% (n = 133) já teve relações sexuais, DST 1,8% (n = 5), teve relações sexuais e não usou camisinha no último ano 37,9% (n = 47). Sobre o uso de álcool, 83,8% (n = 233) já experimentou ou ingere; uso de drogas (cigarro) 21,6% (n = 60) já utilizou; e na assertiva sobre amigo próximo que usa drogas 50% (n = 139) afirma ter.

Na continuação do presente estudo, é possível analisar, na tabela abaixo, os resultados referentes aos fatores de proteção.

Tabela 3*Fatores de proteção relevantes identificados.*

Tipo de fatores de proteção	(n)	% por sexo
Ajuda financeira dos pais		
Discordo	9	3,2%
Concordo	262	94%
Sentimento de segurança com os pais		
Discordo	13	4,7%
Concordo	245	88,2%
Busca por ajuda em instituições religiosas		
Nunca	157	56,4%
Sempre	72	25,9%
Procurou auxílio/tratamento	45	16,2%
Sente-se bem na escola	158	57,2%
Pode contar com os professores	181	65,9%
Pode contar com coordenadores	211	76,8%
Tem confiança nos colegas da escola	108	39,3%

No que tange os fatores de proteção, referente a questões socioeconômicas, no que se reporta aos familiares, 3,2% (n = 9) discordam receber suporte financeiro dos pais e 94% (n = 262) concordam, dados que mostram que a grande maioria dos jovens recebe suporte financeiro da família nuclear.

Na questão elencada como busca por ajuda em instituição religiosa, os participantes responderam da seguinte forma: nunca 56,4% (n = 157) e sempre 25,9% (n = 72). Ao analisar os dados da busca pela ajuda da religião, conclui-se que há números muito inferiores de quem procura ajuda 25,9% e quem não procura 56,4%. Ainda na pesquisa, encontra-se o dado que 72,7% (n = 202) dos adolescentes são católicos, seguidos de 10,4% (n = 29) de evangélicos.

Referente às questões voltadas ao âmbito escolar, 57,2% (n = 158) sentem-se bem na escola, 65,9% (n = 181) sentem que podem contar com seus professores, 76,8% (n = 211) acreditam que podem contar com o orientador ou coordenador da escola e 39,3% (n = 108) têm confiança em seus colegas de escola.

Discussão

Após a análise dos dados, foi possível analisar um número considerável de incidência de adolescentes com ideação e tentativas de suicídio. Segundo Bacheга et al. (2020), é elencado como hipótese para as problemáticas supracitadas questões como vínculos familiares frágeis, amores que não são correspondidos, sentimento de fracasso, ausência de afetividade e desavenças familiares, bem como a desvalorização estética e física dos adolescentes são apontadas como principais motivações para o suicídio. Em meninas, os maiores indícios são estados de sofrimento psíquico e desesperança; já em meninos, sentimento de desespero e atos de fraqueza frente a desafios e problemas.

A questão voltada à falta de abertura de diálogo é algo a ser analisada, pois “na adolescência, a tentativa de suicídio, muitas vezes é desencadeada pelas dificuldades em saber expressar seus próprios sentimentos, evidenciadas nos discursos dos adolescentes do estudo” (Bacheга et al., 2020, p. 108). Assim, adolescentes que possuem sentimentos mais sensíveis podem desencadear com facilidade quadros depressivos, devido à dificuldade de lidar com o que se está sentindo. As exigências sociais e a cobrança pela autonomia são fatores que levam à

depressão. As tentativas de suicídio são vistas pelos adolescentes que as praticaram como uma forma de buscar alívio (Fogaça et al., 2023).

Uma das grandes problemáticas encontradas na presente pesquisa foi a elevada quantidade de casos de ansiedade, depressão e reconhecimento de problemas mentais/psicológicos em comparação com buscas muito inferiores por ajuda, configurando-se como um agravante, pois há pouca busca por ajuda 16,2% (n = 45) em comparação com as altas porcentagens de adoecimento mental, sendo que 61% (n = 163) se autodeclaram com ansiedade e 37,8% (n = 105) com depressão. Muitos adolescentes não possuem condições de verbalizar seus sentimentos e dores e para isso os profissionais que possuem proximidades com os adolescentes devem estar preparados para lidar com estas situações citadas anteriormente e ainda estarem inseridos nos mais diversos ambientes e nas comunidades, para que possam estar cumprindo com sua função social. Ademais, as informações sobre os locais de busca por auxílio devem ser informadas a todos (Pinho et al., 2020).

Outro fator de risco é o contato precoce com bebida alcoólica, visto que 83,8% (n = 233) dos respondentes já havia ingerido ou ingerem esse tipo de droga lícita. O álcool em alguns casos é porta para entrada para vida social, no entanto, pode ser um caminho curto para utilização de drogas ilícitas, o que o configura como um caso de saúde pública (Jorge, 2017). A utilização de bebidas alcoólicas é na grande maioria das vezes um hábito adquirido e aprendido socialmente voltado à convivência com pessoas que já fazem seu uso, facilitando o acesso (Neves et al., 2021). Ainda em pesquisa realizada por Jorge (2017), avaliou-se maior uso de álcool por adolescentes que não estão em vulnerabilidade social, pois possuem acesso facilitado a bebidas alcoólicas em festas e poder de compra. O uso de drogas como a apresentada anteriormente pode acarretar envolvimento em brigas, acidentes de trânsito, insucesso escolar, internações hospitalares e problemas com a justiça, configurando-se como um grave fator de risco.

Uma questão que se configura como fator de proteção, é a qualidade das relações familiares, pois forma a base estruturante na formação dos indivíduos, e quando decorrem de maneira saudável há inúmeros benefícios na formação humana, influenciando desde relações sociais até a construção da própria personalidade. Quando ocorre violência intrafamiliar, muitos adolescentes, por serem dependentes de suas famílias nucleares, podem estar suscetíveis a violência física, psicológica e sexual (Lima, 2023). No caso da referente pesquisa, a maioria dos adolescentes que sofreram situações de violência foi fora do âmbito familiar. Mesmo assim, deve-se considerar uma porcentagem que sofreu violências nos ambientes familiares.

Em estudo levantado por Veríssimo et al. (2022), relações de dominação favorecem violência em âmbitos extrafamiliares, como, por exemplo, em relacionamentos afetivos, podendo existir violência física, psíquica, moral, verbal, relacionais, sexuais e até mesmo simbólicas, e uma das formas de combater essas situações são diálogos iniciados precocemente com os adolescentes para promoção de relações saudáveis e esclarecer quais são os indícios de relacionamentos abusivos.

Outro fator que pode contribuir para infortúnios é a carência de informações sobre sexualidade, já que hábitos que se adquirem na adolescência podem perdurar por muitos anos. O diálogo é um aliado nesse contexto, pois, além de seu cunho informativo, pode estreitar laços e gerar reflexão. Alguns dos desafios que os adolescentes enfrentam para concretização desses diálogos é a vergonha, medo, receio, barreiras culturais e religiosas, conservadorismo, falta de liberdade para se expressar, e o desinteresse por parte dos familiares, no entanto, os jovens têm maior abertura para estar conversando com a figura materna, apoio raramente encontrado na figura paterna (Lima, 2023).

A família exerce um papel extremamente importante na educação sexual dos filhos, sendo necessário repensar práticas que favoreçam conversas acolhedoras, onde os jovens sintam-se confortáveis para expressar suas dúvidas e vivências, podendo ser englobados nesse grupo os ambientes educacionais, pois, de acordo com a pesquisa

realizada e com as autoras Soares e Monteiro (2019), muitos adolescentes buscam orientação nas escolas, com os professores e coordenadores, que por vez percebem-se despreparados para tal abordagem. Em análise histórica, foi a gravidez na adolescência e a epidemia de HIV/AIDS do final dos anos 1980 que fez com que fossem necessários trabalhos voltados para a saúde pública e reprodutiva no âmbito educacional, no entanto, deve-se voltar o olhar para o preparo dos profissionais da educação para desenvolver efetivamente e com segurança esse assunto com os adolescentes, estando devidamente preparados, pois são assuntos que estão em vigor nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). A escola e a família são vistas como fatores de proteção, mas para que exerçam esse papel, precisam ser um espaço de acolhimento e diálogo.

Considerações Finais

O presente estudo possibilitou a identificação dos principais fatores de risco que podem interferir negativamente na formação humana, como também deu a possibilidade de concretizar levantamento sobre quais são os fatores de proteção mais relevantes no cotidiano dos adolescentes e apontar qual é o mais relevante âmbito de solicitação de auxílio, sanando assim os objetivos levantados no início da pesquisa.

Ao considerar os dados voltados aos fatores de risco, há grande número de adolescentes que sofrem com ansiedade e depressão, o diagnóstico deve ser feito por profissionais da saúde psicólogos e médicos que devem envolver várias avaliações minuciosas para que não aja uma tendência a medicalização desnecessária e busca por melhorar rápidas que não sejam as mais indicadas, concomitante as dificuldades de os adolescentes inserir-se na cultura pós-moderna podem trazer sofrimento mental quando não atendidas em consonância com meio. Ao comparar os dados entre a incidência de casos de tentativas e ideação de suicídio, os adolescentes que autodeclararam ter ou que têm algum problema mental e a busca por

ajuda ou tratamento, constatou-se que a procura por ajuda é menor em contrapartida com os casos de sofrimento psicológico, o que se configura em um sério agravante, pois muitos jovens, por consequência, não receberam tratamento psicológico para seu adoecimento, o que pode prejudicar seriamente sua saúde mental.

Outra questão percebida como grave fator de risco é o acesso precoce a bebida alcoólica, visto que 83,8% dos respondentes já tiveram ou têm contato. Conforme levantado em outras pesquisas científicas, essa aproximação prematura com essa droga lícita se dá pelo convívio social com pessoas que fazem uso, tanto em âmbito familiar como extrafamiliar, questão que pode influenciar no contato com drogas ilícitas.

No que se refere aos fatores de proteção na adolescência, os familiares têm grande importância, pois a grande maioria dos alunos dizem possuir sentimentos de segurança com os familiares. Já a escola é considerada o segundo fator mais importante para os adolescentes, pois é o lugar principal de convivência durante seu ensino de internato, e para eles os coordenadores e professores demonstram confiança, fortificando-se como rede de proteção.

Os serviços públicos de saúde, ao implementar estratégias de identificação de riscos e prevenção junto aos adolescentes, podem contribuir positivamente, oferecendo palestras, atividades e campanhas para fornecer ajuda e acompanhamento específico, transmitindo segurança e acolhimento para que se sintam protegidos e saibam que podem buscar ajuda quando necessário.

O estudo teve como limitação o levantamento de informações com adolescentes estudantes somente em regime de internato, sendo interessante a realização de estudos futuros, a ampliação do estudo para maior número de adolescentes no que se reporta a faixa etária, níveis de ensino, colégios/escolas públicas e particulares. Com isso, pode-se encontrar maiores e diferentes variáveis para identificação de fatores de risco e proteção para que possam ser construídas políticas de proteção e oferecer ajuda aos adolescentes direcionadas às suas demandas.

Referências

- Achkar, A. M. N. E., Leme, R. V. B., Soares, A. B., & Yunes, M. A. M. (2017). Risco e proteção de estudantes durante os anos finais do ensino fundamental. *Psicologia Escolar e Educacional*, 21(3), 417-426.
- Bachega, A. S., Oliveira, S. P. T., Lucca, A., Valdes, B. G., Nascimento, D. D. G., Oliveira, S. M. V. L., & Barreto, J. O. M. (2020). Motivações, pensamentos e sentimentos associados à ideação suicida de adolescentes brasileiros: uma síntese rápida de evidências qualitativas. *Boletim do Instituto de Saúde*, 20(2), 105-113. Recuperado em 6 de setembro de 2023, de <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34490/33110>
- Bee, H., & Boyd, D. (2011). *A criança em desenvolvimento* (12a ed., C. Monteiro Trad.). Artemed.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C., Jr., & Pereira, W. A. B. (1995, outubro). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*, 29(5), 355-363. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento* (P. I. C. Gomide, E. Otta Trad.). Atlas.
- Dell'Aglio, D., Koller, S., Cerqueira-Santos, E., & Colaço, V. (2011). Revisando o questionário da juventude brasileira: uma nova proposta. In D. D. Dell'Aglio & S. H. Koller (Orgs.), *Adolescência e juventude: vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp. 259-270). Casa do Psicólogo.
- Ferreira, A. G. S. (2020) *Vivendo e aprendendo: fatores de risco, conhecimento e práticas de adolescentes do ensino médio relacionados à saúde sexual e reprodutiva*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.
- Fogaça, V. D., Souza, D. M., Silva, L., Guedes, D. M. B., Domingues, F., Trinquinato, I., & Rossato, L. M. (2023). Tentativas de suicídio por adolescentes atendidos em um departamento de urgência e emergência: estudo transversal. *Rev. Bras. Enferm.*, 76(2), e20220137.

Recuperado em 6 de junho de 2023, de <https://www.scielo.br/j/reben/a/7FCRYWmd3F96nhCb3Kjyx8S/?lang=pt#>

Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2021). *Cenário da exclusão escolar no Brasil: um alerta sobre os impactos da pandemia da covid-19 na educação*. CENPEC. Recuperado de <https://www.unicef.org/brazil/media/14026/file/cenario-da-exclusao-escolar-no-brasil.pdf>

Horn, Â. M., Silva, K. A., & Patias, N. D. (2021). Desempenho escolar e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 37, e372117. Recuperado em 7 de julho de 2023, de [scielo.br/j/ptp/a/Q73McLPLVJy5Lh8rC9kyq7H/abstract/?lang=pt#](https://www.scielo.br/j/ptp/a/Q73McLPLVJy5Lh8rC9kyq7H/abstract/?lang=pt#)

Jorge, K. O., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., Vale, M. P., Kawachi, I., & Zarzar, P. M. (2017). Binge drinking and associated factors among adolescents in a city in southeastern Brazil: a longitudinal study. *Cad. Saúde Pública*, 33(2), e00183115. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183115>

Koller, S. H., Couto, M. C. P. P., & Hohendorff, J. V. (2014). *Manual de produção científica*. Penso.

Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Estatuto da criança e do adolescente. Secretaria Especial de Editoração e Publicações.

Lei n. 9.394, de 20 de setembro de 1996. (1996). Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Presidência da República. http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf

Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Presidência da República. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13431-4-abril-2017-784569-publicacaooriginal-152306-pl.html>

Leite, F. M., Pessoa, M. C. B., Santos, D. P., Rocha, G. F., & Alberto, M. F. P. (2016). O sentido da escola: concepções de estudantes adolescentes. *Psicol. Esc. Educ.*, 20(2), 339-348. Recuperado em 8 de junho de 2023, de <https://www.scielo.br/j/pee/a/B7NjXy9PnppzZr9kDBZMGtP/>

Lima, C. C. O. J., Martins, R. D., Gomes, N. P., Silva, K. K. A., Santos, J. D. F. L., Monteiro, D. S., Cruz, M. A. (2023). Associação entre a violência intrafamiliar experienciada e transtorno mental comum em adolescentes. *Acta Paul Enferm.*, 36, eAPE02391. <https://doi.org/10.37689/actaape/2023AO02391>

Moniz, R. N. A. (2020). *Suicídio na adolescência*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa.

Neves, J. V. V. S., Carvalho, L. A., Carvalho, M. A., Silva, É. T. C., Alves, M. L. T. S., Silveira, M. F., Silva, R. R. V., & Almeida, M. T. C. (2021). Uso de álcool, conflitos familiares e supervisão parental entre estudantes do ensino médio. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 26(10), 4761-4768. Recuperado em 6 de junho de 2023, de <https://www.scielo.br/j/csc/a/wM8xTcLBpY7wbnvhF8zHrTd/?lang=pt#>

Organização Mundial da Saúde. (2002). Abuso infantil e negligência por parte dos pais e responsáveis. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, R. Lozano (Eds.). *Relatório mundial sobre violência e saúde* (pp. 59-87). Genebra.

Organização Mundial da Saúde. (1965). Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la OMS. *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Técn.*, 308.

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Prevenção do suicídio: um imperativo global*. Recuperado em 9 de junho de 2023, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12a ed.). Artmed.

Pinho, A. R. I., Meneses, F. F. F., Silva, I. R., Moraes, L. A., Oliveira, M. L. M., & Ribeiro, R. T. (2020). Espaços de construção e defesa das políticas públicas: Gestão como compreensão ampliada e interligada na defesa política. In: I. R. Silva (Org.). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na rede de proteção às crianças e adolescentes em situações de violência sexual* (2a ed., rev., pp. 58-78). Conselho Federal de Psicologia.

- Ramirez, A. B., Aquino, A. H., Schneider, A. P., Lopez, I. D. B., Penayo, V. P. B., & Soares, M. F. (2019). Psicoeducação em sexualidade com alunas em regime de internato. *Revista Pleiade*, 13(27), 5-12. Recuperado em 9 de junho de 2023, de <https://pleiade.uniamerica.br/index.php/pleiade/article/view/505>
- Rogosh, F. Cicchetti, D., Shields, A., & Toth, S. (1995). Disfunção parental em maus-tratos infantis. In M. Bornstein (Ed.). *Manual de parentalidade: parentalidade aplicada e prática* (Vol. 4, pp. 127-159). Erlbaum.
- Sidman, M. (2009). *Coerção e suas implicações*. Livro Pleno.
- Soares, Z. P., Monteiro, S. S. (2019). Formação de professores/as em gênero e sexualidade: possibilidades e desafios. *Educar em Revista*, 35(73), 287-305.
- Souza, L. B. D., Panúncio-Pinto, M. P., & Fiorati, R. C. (2019). Crianças e adolescents em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(2), 251-269. Recuperado em 10 de junho de 2023, de <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/yLRT3x4JrDbH6T4djNw95DR/>
- Veríssimo, A. V. R., Silva, E. A., Soares, K. H. D., Amaral, E. L. S., Brandão, W., Neto, Ludermir, A. B., Monteiro, E. M. L. M., & Aquino, J. M. (2022). Prevalência e fatores associados à violência no namoro entre adolescentes de escola pública. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, e20210170. Recuperado em 13 de outubro de 2023, de <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/w4kWQQSzyfFfjDCjhR6CWTM/?lang=pt>
- Zanon, C., Bardagi, M. P., Layous, K., & Hutz, C. S. (2013). Validação da Escala de Satisfação com a Vida para Brasileiros: Evidência de não invariância de medida entre Brasil e EUA. *Social Indicators Research*, 119(1), 443–453.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Efeitos das Intervenções Comportamentais para Pais e Professores nos Problemas de Comportamento de Crianças em Casa e na Escola: Revisão Sistemática

Daniella Martins Lima dos Santos¹ , Nilva Camargo²  e Patrícia Martins de Freitas³ 

Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil

Resumo: Os problemas de comportamento durante a infância podem interferir no desenvolvimento infantil, dificultando as interações familiares e escolares. Com o objetivo de investigar os efeitos de programas de intervenções para pais e professores para o manejo de problemas de comportamento de crianças em casa e na escola, foi realizada uma revisão sistemática da literatura nacional nas bases de dados Lilacs, Pepsic e Scielo com os descritores: treinamento de pais/orientação parental; problemas de comportamento e desempenho escolar; treinamento/orientação para professores e manejo de comportamento na escola. A revisão seguiu as orientações do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses — PRISMA. Os critérios de inclusão foram: estudos com delineamento pré e pós-teste; amostra brasileira e intervenção de orientação de manejo dos problemas de comportamento em casa ou na escola baseada no modelo da análise do comportamento publicados em qualquer período. Foram excluídos os estudos de revisão, teses, dissertações, estudos que não tratavam do tema proposto e aqueles com aplicações de orientação para pais ou professores que não fossem baseadas em um modelo comportamental. Como resultados, obteve-se 703 artigos, sendo que 591 não atenderam aos critérios de inclusão. Restaram 112 artigos que poderiam compor a amostra final e, após a exclusão dos estudos duplicados, 61 artigos foram lidos na íntegra. Por fim, 10 artigos apresentaram todos os critérios elegíveis para serem incluídos na amostra. Os resultados apontaram que os programas de intervenção analisados mostraram-se eficazes para o manejo de problemas comportamentais de crianças no ambiente doméstico e escolar, porém a maioria dos estudos não apresenta rigor metodológico experimental. Na literatura nacional há uma escassez de pesquisas nessa área que apresentem delineamento de comparação de grupos intervenção e controle o que aumentaria a confiabilidade nos resultados dos programas de orientação desenvolvidos.

Palavras-chave: problemas de comportamento, treinamento de pais ou professores, programa de intervenção comportamental, manejo comportamental infantil, revisão sistemática

¹ Psicóloga. Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). *E-mail:* daniellalima14@hotmail.com

² Pedagoga. Mestranda em Ensino pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Coordenadora Pedagógica e Supervisora Escolar da rede municipal de Ensino do município de Ibiassucê-BA. *E-mail:* camargonilva44@gmail.com

³ Pós-Doutora em Neurociência Cognitiva na Karl-Franzens-Universitat, Graz-Áustria. Pós-Doutora em Psiquiatria pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Doutora em Ciência da Saúde, área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente, pela faculdade de Medicina da UFMG. Docente da Universidade Federal da Bahia (UFBA/IMS) e da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). *E-mail:* patriciafreitasufba@gmail.com

Effects of Behavioral Interventions for Parents and Teachers on Children's Behavioral Problems at Home and School: Systematic Review

Abstract: Behavior problems during childhood can interfere with child development, making family and school interactions difficult. With the aim of investigating the effects of intervention programs for parents and teachers to manage children's behavior problems at home and at school, a systematic review of the national literature was carried out in the Lilacs, Pepsic and Scielo databases with the descriptors: parent training/parental guidance; behavior and school performance problems; training/guidance for teachers and behavior management at school. The review followed the guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses - PRISMA. The inclusion criteria were: studies with a pre- and post-test design; Brazilian sample and guidance intervention for managing behavior problems at home or at school based on the behavior analysis model published in any period. Review studies, theses, dissertations, studies that did not address the proposed topic and those with guidance applications for parents or teachers that were not based on a behavioral model were excluded. As a result, 703 articles were obtained, 591 of which did not meet the inclusion criteria. There remained 112 articles that could compose the final sample, and after excluding duplicate studies, 61 articles were read in full. Finally, 10 articles met all eligible criteria to be included in the sample. The results showed that the intervention programs analyzed proved to be effective for managing children's behavioral problems in the home and school environment, but most studies do not present experimental methodological rigor. In the national literature there is a lack of research in this area that presents a comparison design between intervention and control groups, which would increase the reliability of the results of the guidance programs developed.

Keywords: behavior problems, parent or teacher training, behavioral intervention program, child behavioral management, systematic review

Introdução

Os problemas de comportamento são definidos por respostas emitidas pelas crianças que desencadeiam prejuízos ao ambiente e/ou a elas mesmas, sendo que os critérios para identificação de tais problemas utilizam normas estatísticas e normas sociais prioritariamente estabelecidas (Pinto et al., 2022). As pesquisas sobre esse tema frequentemente têm como objetivo identificar as variáveis que explicam os problemas de comportamento como as variáveis socioeconômicas, clima familiar, práticas parentais, percepção dos professores ou como os problemas comportamentais contribuem para explicar outros fenômenos, como, por exemplo, o estado emocional das mães e desempenho escolar (Cardoso et al., 2014; Cia & Barham, 2010; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2015).

Os problemas de comportamento podem ser do tipo internalizantes como ansiedade, depressão e retraimento social, ou externalizantes quando ocorrem condutas desobedientes, agressivas e opostas (Achenbach & Rescorla, 2001). Nas pesquisas sobre problemas comportamentais são frequentes duas linhas de investigação: uma voltada para a investigação dos preditores e efeitos dos problemas de comportamento (Crespo et al., 2019; Emerich et al., 2017; Marin et al., 2018) e outra que produz estudos desenvolvidos sobre as intervenções para redução dos comportamentos inadequados (Freitas et al., 2008; Homem et al., 2015; Souza et al., 2018). Esses comportamentos que podem dificultar o acesso da criança a importantes contextos de aprendizagem são muitas vezes o motivo de queixas por pais e professores, gerando conflitos familiares e situações desafiadoras em sala de aula (Hewitt-Ramírez & Moreno-Mendéz, 2018).

O investimento em programas de treinamento parental na primeira infância é apontado pelos estudos como uma estratégia preventiva e eficaz para o desenvolvimento das habilidades de pais e mães em práticas mais positivas na educação dos filhos (Guisso et al., 2019). Nos estudos de intervenção realizados no Brasil através dos programas de treinamento com pais e mães ou cuidadores, houve melhora nas estratégias

parentais para o manejo comportamental das crianças e redução de condutas desobedientes, agressivas e impulsivas manifestadas pelos filhos, além de melhora no estilo parental e diminuição nas práticas parentais negativas (Fernandes et al., 2009; Lambertucci & Carvalho, 2008; Neufeld et al., 2018).

As pesquisas na área da Análise do Comportamento mostram que as práticas parentais negativas, como a punição, contribuem mais para o aumento do que para redução da frequência desses comportamentos (Brosnan & Healy, 2011). Para redução ou eliminação do comportamento inadequado em fases diferentes do desenvolvimento infantil, intervenções estruturadas a partir de técnicas comportamentais têm demonstrado sucesso utilizando alterações antecedentes, baseadas nas estratégias de reforço para manutenção da frequência dos comportamentos adequados (Benites et al., 2021).

A partir da observação dos modelos parentais, das instruções e regras estabelecidas no ambiente doméstico, e da consequência dos comportamentos, o papel das relações familiares para a aprendizagem das crianças tem sido associado ao aumento do repertório de habilidades sociais infantis (Benites et al., 2021; Taylor et al., 2020). Quando a criança começa a frequentar contextos mais amplos, como a escola, ocorre o confronto com situações complexas e novas demandas cognitivas e sociais que são importantes para a ampliação de seu repertório de habilidades nesse ambiente (Fava et al., 2020).

No ambiente escolar, a diversidade de estímulos que podem propiciar o aumento de comportamentos considerados inadequados para a sala de aula, exige do professor habilidades no manejo dos conflitos e na promoção de aprendizagens relevantes para o desenvolvimento das crianças, como a empatia e socialização (Budd et al., 2016). As evidências sobre os problemas de comportamento e suas relações com o desempenho acadêmico apontam o impacto negativo na aprendizagem e na qualidade da relação do professor com o aluno, indicando a importância do desenvolvimento de intervenções que possam diminuir esses problemas na rotina escolar (Wigelsworth et al., 2016).

Apesar das queixas e reclamações dos professores sobre as dificuldades de manejo de comportamento de crianças e adolescentes com relação a condutas indisciplinadas, na literatura nacional, existem poucas pesquisas científicas sobre intervenções nessa área (Fava et al., 2020). Em estudo realizado com docentes brasileiros, os comportamentos inadequados dos alunos foram apontados também como um dos fatores que mais afetam e impactam na incidência do estresse ocupacional do professor em sala de aula, sendo que os comportamentos indesejáveis também costumam ocasionar dúvidas, anseios e inseguranças por parte dos professores (Carneiro, 2015).

O manejo do comportamento de crianças nos principais ambientes de desenvolvimento é um recurso importante para pais e professores. Por outro lado, é possível verificar que muitas vezes tanto pais quanto professores não sabem como lidar com o comportamento inadequado, o que torna vital os estudos das eficácias das intervenções que contribuem para o desenvolvimento das habilidades de manejo comportamental nesses ambientes. Considerando a importância do ambiente familiar e escolar para o desenvolvimento infantil, o presente estudo teve como objetivo investigar os efeitos de programas de intervenções para pais e professores realizados no Brasil para o manejo de problemas de comportamento de crianças em casa e na escola.

Método

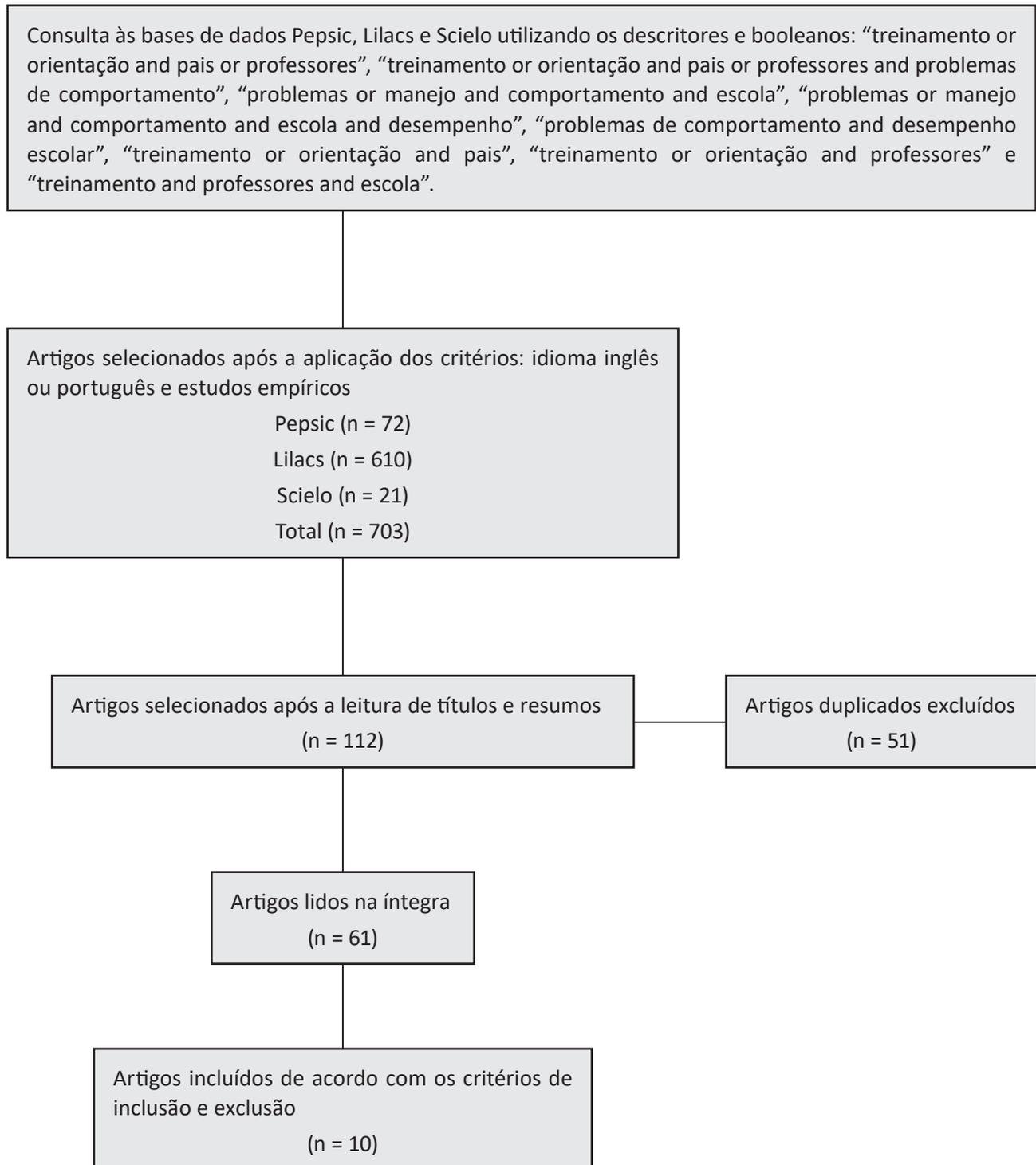
A pesquisa foi baseada no método de revisão sistemática da literatura com o objetivo de descrever o efeito de estudos empíricos sobre intervenções comportamentais para pais e professores para manejo de problemas de comportamento nos ambientes doméstico e escolar. Foram utilizadas as orientações do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses — PRISMA (Page et al., 2022). As buscas ocorreram entre junho e agosto de 2022 nas bases de dados Periódicos Eletrônicos de Psicologia (Pepsic), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os seguintes

descritores foram combinados com operadores booleanos e poderiam estar localizados no título, resumo ou assunto dos artigos: (treinamento OR orientação) AND (pais OR professores); (treinamento OR orientação) AND (pais OR professores) AND (problemas de comportamento); (problemas OR manejo) AND (comportamento) AND (escola); (problemas OR manejo) AND (comportamento) AND (escola) AND (desempenho); (problemas de comportamento) AND (desempenho escolar); (treinamento) OR (orientação) AND (pais); (treinamento) OR (orientação) AND (professores); (treinamento) AND (professores) AND (escola). Para o processo de seleção nas bases de dados, foram utilizados ainda os seguintes limites: idioma do texto completo em inglês ou português e estudos empíricos. No total, foram encontrados 703 artigos.

Os resumos dos artigos foram lidos e avaliados de forma independente pelas três pesquisadoras para evitar viés de análise, e em casos de discordância sobre a elegibilidade dos estudos, os critérios de inclusão e exclusão eram debatidos até alcançar um consenso. Os artigos foram analisados a partir dos seguintes critérios de inclusão: estudos com delineamento pré e pós-teste; amostra brasileira e intervenção de orientação de manejo dos problemas de comportamento em casa ou na escola baseada no modelo da análise do comportamento, publicados em qualquer período. Foram excluídos os estudos de revisão, teses, dissertações, estudos que não tratavam do tema proposto e aqueles com aplicações de orientação para pais ou professores que não fossem baseadas em um modelo comportamental. Ao final desse processo restaram 112 artigos que poderiam compor a amostra final. Após serem excluídos os estudos duplicados, 61 artigos foram lidos na íntegra. Destes, 51 foram excluídos por não atenderem os seguintes critérios de inclusão: apresentar uma intervenção de orientação de manejo dos problemas de comportamento em casa ou na escola baseada no modelo da análise do comportamento e ser um estudo com delineamento de comparação de grupos pré e pós-teste. Por fim, 10 artigos apresentaram todos os critérios elegíveis para serem incluídos na amostra final desta revisão, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1

Estratégia de busca e seleção dos artigos.



Resultados

Na Tabela 1, são apresentados os resultados de acordo com o objetivo do estudo em investigar as evidências já produzidas no Brasil sobre os efeitos de programas de intervenção para manejo comportamental realizados através da orientação de pais e professores. Foram analisadas as seguintes variáveis dos 10 artigos em estudo: nome dos autores e ano de publicação, objetivo do estudo, amostra, instrumentos utilizados nas intervenções, número de sessões e efeitos da intervenção.

Os grupos de treinamento parental tiveram como maioria dos participantes as mães das crianças, representando 58% da amostra total dos estudos de intervenção para pais que foram analisados (Bolsoni-Silva, Salina-Bolsão et al., 2008; Cia et al., 2010; Fernandes et al., 2009; Lambertucci & Carvalho, 2008; Mesquita et al., 2016; Neufeld et al., 2018; Pinheiro et al., 2006). Além de pais e mães, alguns estudos tiveram a participação de professores (Cia et al., 2010) e avós das crianças (Fernandes et al., 2009; Neufeld et al., 2018) na coleta de dados.

As sessões de treinamento para os pais, mães ou cuidadores e docentes foram organizados de forma que estes participassem presencialmente dos encontros, sendo que cada programa apresentou números diferentes de sessões. Os treinamentos variaram de 8 a 22 sessões no total, com 8 sessões (Lambertucci & Carvalho, 2008); 10 sessões (Fernandes et al., 2009); 11 sessões (Mesquita et al., 2016; Neufeld et al., 2018; Pinheiro et al., 2006); 12 sessões (Cia et al., 2010); 18 sessões (Braun & Nunes Sobrinho, 2006) e 22 sessões (Bolsoni-Silva, Salina-Brandão et al., 2008), sendo que nos estudos de Lima et al. (1981) e Pereira e Gioia (2010) não consta o número de sessões realizadas nas intervenções. Os encontros aconteceram de forma presencial, semanalmente e com duração aproximada de uma a três horas (intervenção e avaliação de pré e pós-teste). Destaca-se no estudo de Mesquita et al. (2016) quatro encontros de “*follow-up*”.

Com relação à organização de cada encontro, os programas de treinamento parental trabalharam temas baseados nos princípios da análise do comportamento para a prática disciplinar

não coerciva e modelos de habilidades sociais educativas para pais. Os principais temas das sessões dos artigos analisados foram as habilidades sociais educativas parentais, os motivos das crianças se comportarem mal, como prestar atenção ao bom comportamento dos filhos e dar ordens eficientes, o que fazer para aumentar a brincadeira independente, facilitar o desenvolvimento da empatia, melhorar o comportamento na escola e como motivar as crianças nos comportamentos adequados de estudo (Bolsoni-Silva, Salina-Brandão et al., 2008; Cia et al., 2010; Lambertucci & Carvalho, 2008; Mesquita et al., 2016; Neufeld et al., 2018; Pinheiro et al., 2006).

Nas três intervenções realizadas com os professores, foram abordados temas e conceitos para melhorar comportamentos de disciplina em sala de aula a partir de técnicas de reforço, extinção, modelagem, reforço diferencial de comportamentos inadequados, reforço contínuo e intermitente, escolha assertiva de reforçadores, reforços primários e secundários, sistema de fichas, discriminação, generalização, encadeamento e imitação. Os professores foram orientados principalmente sobre como consequenciar os comportamentos apropriados e inapropriados, manejo de classe, e procedimentos e técnicas que aumentam ou diminuem a probabilidade de ocorrência de respostas indesejáveis dos alunos (Braun & Nunes Sobrinho, 2006; Lima et al., 1981; Pereira & Gioia, 2010).

Os instrumentos mais utilizados para a realização da coleta de dados nos programas de intervenção para pais foram: Questionário de Situações Domésticas e Inventário de Comportamentos Inoportunos (Lambertucci & Carvalho, 2008; Pinheiro et al., 2006), entrevista estruturada, Questionário de Habilidades Sociais Educativas Parentais (QHSE-P) e Inventário de Habilidades Sociais (Bolsoni-Silva, Salina-Brandão et al., 2008; Fernandes et al., 2009), Questionário de Informações sobre a Família e a criança, Inventário de Comportamentos Inoportunos (Pinheiro et al., 2006), Ficha de Entrevista Clínica, Inventário de Habilidades Sociais, Inventário de Sintomas de Stress de Lipp e Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência, aplicados no início, final e dois meses após a realização do grupo (Fernandes et al., 2009), Teste de

Desempenho Escolar — TDE, Social Skills Rating System — SSRS — Versão para Professores e Avaliação do Desempenho Acadêmico e dos Comportamentos dos Alunos (Cia et al., 2004). Algumas intervenções utilizaram protocolos de banco de dados referentes aos dados sociodemográficos e Inventário de Estilo Parental (Neufeld et al., 2018), Questionário para verificação de conhecimentos das mães sobre a síndrome dos filhos, Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos, Inventário de Estilos Parentais/Práticas educativas maternas e paternas com o levantamento de dificuldades e preocupações sobre os filhos (Mesquita et al., 2016).

Nos programas de intervenção com professores, para a coleta de dados, houve aplicação de questionário sobre violência, registro do comportamento dos alunos e observação e interação do professor em sala de aula (Lima et al, 1981; Pereira & Gioia, 2010). Para as sessões de treinamento com professores foram realizadas aulas expositivas, uso de apostilas, exercícios e discussão de casos ocorridos em sala de aula, técnicas como desempenho de papéis, retroalimentação, reforço social e observação do comportamento do professor em sala de aula (Lima et al., 1981), além de ter sido realizada uma pesquisa-ação no ambiente da própria escola, incluindo-se o uso de recursos de vídeo-feedback (Braun & Nunes Sobrinho, 2006).

Apesar de algumas técnicas e instrumentos terem se repetido nas intervenções, na amostra geral, verificou-se que não houve nenhum tipo de padronização dos programas quanto ao número de encontros, número de sessões ou utilização de “*follow-up*”. Os programas de treinamento parental apresentaram resultados positivos com redução dos problemas de comportamento apresentados pelas crianças no ambiente doméstico (Fernandes et al., 2009; Lambertucci & Carvalho, 2008; Pinheiro et al., 2006) e aumento no repertório de habilidades sociais educativas parentais (Bolsoni-Silva, Salina-Brandão et al., 2008; Neufeld et al., 2018; Mesquita et al., 2016).

Além da redução dos comportamentos inadequados em casa, um estudo apontou ganhos no desempenho acadêmico em leitura das crianças (Cia et al., 2010). Já no estudo de Mesquita et al. (2016), houve a redução de problemas emocionais das mães que participaram do programa de intervenção proposto. Para os professores, de acordo com os estudos analisados, houve aquisição de novas habilidades e estratégias para lidar com os problemas de comportamento apresentados pelos alunos (Braun & Nunes Sobrinho, 2006; Lima et al., 1981; Pereira & Gioia, 2010).

Tabela 1

Identificação do artigo, objetivo, ano de publicação, amostra, instrumentos utilizados, número de sessões da intervenção, efeitos da intervenção e referência. *continua*

ID do artigo	Referência/Ano de Publicação	Objetivo	Amostra	Instrumentos utilizados	Número de sessões das intervenções	Efeito das intervenções
1.	Lambertucci e Carvalho (2008)	Avaliar a efetividade de um programa de treinamento de pais em famílias de uma comunidade carente de Belo Horizonte.	13 mães e 1 pai	Questionário de Situações Domésticas e Inventário de Comportamentos Inoportunos.	Oito encontros realizados semanalmente com duração aproximada de 1h30min cada.	Redução de condutas desobedientes, agressivas e impulsivas manifestadas pelos filhos.
2.	Bolsoni-Silva, Salina-Brandão, Versuti-Stoque e Rosin-Pinola (2008)	Descrever os efeitos de um procedimento de intervenção com pais, o qual pretendeu promover suas habilidades sociais educativas.	2 pais e 7 mães	Entrevista estruturada; Questionário de Habilidades Sociais Educativas Parentais (QHSE-P) e Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del Prette).	22 sessões de intervenções e 8 sessões de avaliação.	De maneira geral, houve aquisição de algumas habilidades sociais educativas pelos pais com menor uso de práticas punitivas e estabelecimento de limites de forma mais positiva.

Tabela 1

Identificação do artigo, objetivo, ano de publicação, amostra, instrumentos utilizados, número de sessões da intervenção, efeitos da intervenção e referência.

continua

ID do artigo	Referência/Ano de Publicação	Objetivo	Amostra	Instrumentos utilizados	Número de sessões das intervenções	Efeito das intervenções
3.	Pinheiro, Haase, Prette, Amarante e Prette (2006)	Descreve a adaptação e a aplicação de um Programa de Treinamento de Pais em Habilidades Sociais (PTP-HS), com vistas à capacitação de famílias de baixa renda para o manejo não coercivo das dificuldades disciplinares apresentadas por seus filhos.	32 mães e 9 pais	Questionário de Informações sobre a Família e a Criança (Barkley, 1997), Questionário de Situações Domésticas (QSD, de Barkley, 1997), Inventário de Comportamentos Inoportunos (QCI, de Barkley, 1997).	11 encontros semanais com duração aproximada de 1h30min cada.	Redução significativa na frequência e severidade de comportamentos inoportunos e/ou indisciplinados, conforme avaliação dos pais.
4.	Cia, Barham, Germaine e Fontaine (2010)	Avaliar o impacto de um programa de intervenção com os pais, sobre o desempenho acadêmico e o comportamento de crianças da 1ª e 2ª séries do Ensino Fundamental.	99 crianças: 29 pais no Grupo Experimental 1, 36 mães no Grupo Experimental 2 e 34 pais e mães no Grupo Controle.	Teste de Desempenho Escolar — TDE, Social Skills Rating System — SSRS — Versão para Professores e Avaliação do Desempenho Acadêmico e dos Comportamentos dos Alunos.	12 sessões com duração de 90 a 120 minutos cada.	Melhor desempenho acadêmico em leitura e aumento de comportamentos positivos em sala de aula, segundo avaliação das professoras.
5.	Neufeld, Godoi, Rebessi, Maehara e Mendes (2018)	Promover a melhoria do convívio familiar.	17 cuidadores	Inventário de Estilo Parental (IEP).	11 sessões	Melhora no estilo parental e diminuição de práticas parentais negativas.
6.	Mesquita, Suriano, Carreiro e Teixeira (2016)	Verificar os indicadores de impacto na saúde mental de cuidadores de um programa de treinamento parental para manejo de crianças e adolescentes com Síndrome de Prader-Willi.	5 mães	Questionário para verificação de conhecimentos das mães sobre a síndrome, Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos, Inventário de Estilos Parentais/ Práticas educativas maternas e paternas; Tarefas para o levantamento de dificuldades e preocupações sobre os filhos.	11 encontros de 3h de duração cada um, 2 encontros para avaliação pré e pós-teste e 4 encontros (follow-up).	As mães passaram a adotar práticas parentais educativas baseadas na monitoria positiva e diminuíram as práticas de risco.

Tabela 1

Identificação do artigo, objetivo, ano de publicação, amostra, instrumentos utilizados, número de sessões da intervenção, efeitos da intervenção e referência.

continua

ID do artigo	Referência/Ano de Publicação	Objetivo	Amostra	Instrumentos utilizados	Número de sessões das intervenções	Efeito das intervenções
7.	Fernandes, Luiz, Miyazaki e Marques Filho (2009)	Identificar mudanças no comportamento de crianças e pais/cuidadores após programa de orientação em grupo para pais.	8 pais ou cuidadores	Ficha de Entrevista Clínica, Inventário de Habilidades Sociais, Inventário de Sintomas de Stress de Lipp e Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência.	10 sessões (uma sessão por semana) de 90 minutos.	Ocorreram mudanças no comportamento dos pais e no comportamento infantil com redução dos problemas internalizantes e externalizantes apresentados pelas crianças.
8.	Lima, Farias, D'elia, Rodrigues e Rodrigues (1981)	Investigar a eficácia de um programa de treinamento em técnicas e princípios básicos de modificação de comportamento aplicado a professores de uma escola pública de 1º grau (1ª a 4ª série), no município de Barra do Garças, estado de Mato Grosso.	11 professores	Fichas para observação dos comportamentos do aluno e da interação do professor em sala de aula.	Não consta	Houve um sensível aumento na utilização adequada de reforço, punição e extinção e diminuição no uso inadequado desses procedimentos. O uso de estímulos discriminativos (apoio, reforço social e contingências entre atividades recreativas e acadêmicas) foram seguidos pela maioria das professoras.
9.	Pereira e Gioia (2010)	Criar e testar um procedimento de ensino de conceitos da "Análise do Comportamento" para professores, enfatizando como lidar com comportamentos considerados pelos professores como violentos de seus alunos.	18 docentes	Questionário sobre violência; Registro do comportamento dos alunos pelos professores.	Não consta	Ganhos no comportamento do professor em consequenciar de forma adequada o comportamento do aluno.

Tabela 1

Identificação do artigo, objetivo, ano de publicação, amostra, instrumentos utilizados, número de sessões da intervenção, efeitos da intervenção e referência.

conclusão

ID do artigo	Referência/Ano de Publicação	Objetivo	Amostra	Instrumentos utilizados	Número de sessões das intervenções	Efeito das intervenções
10.	Braun e Nunes Sobrinho (2006)	Avaliar os efeitos de um programa de educação continuada em serviço para desenvolver competências no atendimento de alunos envolvidos em problemas de disciplina.	10 professoras	Pesquisa-ação no ambiente da própria escola, incluindo-se recursos de vídeo-feedback.	18 sessões, sendo uma por semana.	Aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades para lidar com os alunos. As práticas de autocontrole foram posteriormente incorporadas à rotina de trabalho da escola, conforme apontam os dados de pesquisa de follow-up.

Discussão

O objetivo deste artigo foi verificar os efeitos de intervenções comportamentais para o manejo de problemas de comportamento nos ambientes doméstico e escolar a partir de estudos empíricos. Inicialmente, verificou-se um número significativo de estudos sobre treinamento parental nas bases pesquisadas, porém na literatura nacional apenas dez artigos apresentaram as características definidas pelos critérios de inclusão e exclusão da presente revisão. De acordo com os resultados de uma revisão sistemática realizada por Bochi et al. (2016), entre os 27 estudos sobre treinamento de pais publicados nos anos de 2006 a 2014, indexados nas bases Lilacs, SciELO, Medline e PsycInfo analisados na revisão e que atenderam aos seus critérios de inclusão e de exclusão, apenas dois deles eram brasileiros, identificando poucos estudos sobre o tema no contexto nacional.

A promoção de habilidades sociais educativas e as técnicas para o manejo não coercivo das dificuldades disciplinares dos filhos, assim como a melhoria do convívio familiar e a modificação de comportamentos tido como inoportunos tanto no ambiente doméstico quanto escolar, foram os principais objetivos dos programas de treinamento para pais e professores deste estudo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) os programas de intervenção em grupos para pais que possuem características psicoeducativas com treinamento de habilidades, são uma estratégia eficiente para a aprendizagem de competências e de técnicas comportamentais auxiliares na gestão e manejo de conflitos no ambiente doméstico (OMS, 2014).

Em contrapartida, apenas um estudo teve como objetivo investigar o impacto da orientação parental no comportamento e no desempenho acadêmico das crianças, indicando a necessidade do desenvolvimento de mais programas de intervenção que investiguem os efeitos do treinamento de pais nas habilidades acadêmicas das crianças (Cia et al., 2010). O estudo de Cia et al. (2004) apontou que o sucesso acadêmico das crianças estava relacionado em parte com a frequência das comunicações entre pais e filhos(as) e o envolvimento familiar nas atividades escolares, culturais e de lazer da criança (Cia et al., 2004).

De acordo com os anos de publicação dos estudos desta revisão, os programas de intervenção foram realizados entre 1981 e 2018 sendo que os anos de 2006 e 2008 apresentaram o maior número de publicações com dois estudos em cada um (Bolsoni-Silva, Salina-Brandão et al., 2008; Braun & Nunes Sobrinho, 2006; Lambertucci & Carvalho, 2008; Pinheiro et al., 2006). Outro resultado relevante foi o reduzido número de

artigos encontrados nesta revisão sobre treinamento comportamental para professores, apenas três tinham esse foco, sendo que um deles foi publicado há mais de quatro décadas (Braun & Sobrinho, 2006; Lima et al., 1981; Pereira & Gioia, 2010), o que aponta a falta de pesquisas nacionais nessa área. Para auxiliar o professor nas demandas dos problemas de comportamentos desafiadores em sala de aula, o desenvolvimento de programas de treinamento com técnicas comportamentais pode ser considerada uma estratégia eficaz para a construção do uso de práticas baseadas em evidências que solucionem de modo assertivo a resolução desses desafios (Dufrene et al., 2012; Oliveira, 2013).

Nos estudos de treinamento parental analisados, as mães foram as que mais participaram das intervenções, mesmo quando tanto os pais quanto as mães eram convidados e poderiam participar dos grupos. Esse resultado indica a oportunidade da elaboração de programas futuros e atrativos para intervenção com os pais, aumentando a qualidade do relacionamento entre estes e seus filhos e, conseqüentemente, propiciando melhores condições para o desenvolvimento infantil e redução do estresse materno (Cia et al., 2010; Freitas et al., 2008).

Com relação à amostra, o número de participantes nas intervenções propostas variou de 5 a 65 participantes, e apenas dois estudos apresentaram comparação de grupos (Cia et al., 2010; Pereira & Gioia, 2010). No número de sessões dos programas de intervenção tanto para pais quanto para professores houve uma variação de 8 a 30 sessões, sendo que a maioria delas ocorria semanalmente (Bolsoni-Silva, Salina-Brandão et al., 2008; Braun & Nunes Sobrinho, 2006; Cia et al., 2004; Fernandes et al., 2009; Lambertucci & Carvalho, 2008; Neufeld et al., 2018; Pinheiro et al., 2006) e em um deles as sessões ocorriam uma a cada 20 dias (Mesquita et al., 2016).

Sobre os instrumentos utilizados para avaliação dos resultados, apesar das crianças não terem participado diretamente das intervenções, parte dos estudos avaliaram o impacto do treinamento com os pais sobre o comportamento infantil em casa (Fernandes et al. 2009; Lambertucci

& Carvalho, 2008; Pinheiro et al., 2006). Em outros estudos, foram utilizadas medidas indiretas da eficácia da intervenção no comportamento das crianças que ocorreram a partir de mudanças no comportamento dos pais ou dos professores (Bolsoni-Silva, Salina-Brandão et al., 2008; Braun & Nunes Sobrinho, 2006; Lima et al., 1981; Mesquita et al., 2016; Neufeld et al., 2018, Pereira & Gioia, 2010), o que pode ter interferido nos desfechos apresentados em cada estudo.

Segundo o delineamento dos estudos analisados nesta revisão, apenas três (Braun & Nunes Sobrinho, 2006; Fernandes et al., 2009; Mesquita et al., 2016) realizaram *follow-up*, o que demonstra a importância de pesquisas futuras que utilizem projetos de acompanhamento. A realização de *follow-up* e de grupo controle são importantes aspectos metodológicos para validar resultados e mostrar sucesso longitudinal (Grande et al., 2009). O uso de delineamentos experimentais com a presença de grupo controle reduz a probabilidade de ocorrência de problemas metodológicos e aumenta a confiabilidade dos resultados observados nas intervenções (Cozby, 2014), tendo sido essa uma limitação encontrada na maioria dos estudos que fizeram parte desta revisão.

As pesquisas demonstraram que as intervenções comportamentais realizadas em grupos de pais, mães e cuidadores foram eficientes para a redução de condutas desobedientes, agressivas e impulsivas manifestadas pelas crianças, promoveram habilidades sociais educativas como a expressão de sentimentos positivos, o agradecimento a elogios, saber dizer não e negociar limites na relação pais e filhos e também contribuíram para a redução significativa na frequência e gravidade de comportamentos indisciplinados. Houve aumento no índice de saúde mental das mães, adoção de práticas positivas de disciplina e diminuição de práticas coercitivas conforme avaliação dos pais, além de melhor desempenho acadêmico em leitura e no aumento de comportamentos positivos em sala de aula, avaliados pelas professoras (Bolsoni-Silva, Salina-Brandão et al., 2008; Cia et al., 2004; Lambertucci & Carvalho, 2008; Mesquita et al., 2016; Neufeld et al., 2018; Pinheiro et al., 2006).

Nas intervenções comportamentais em grupos realizadas com os professores houve um aumento na utilização adequada do reforço, punição e extinção, e uma diminuição no uso inadequado desses procedimentos. Os resultados apontaram que foi possível alterar o comportamento do professor em manejar de forma adequada o comportamento de seu aluno, além do desenvolvimento de novas habilidades para lidar com problemas em sala de aula e práticas de gestão emocional que, após a intervenção, foram incorporadas à rotina de trabalho da escola. Esses efeitos apontam a necessidade do desenvolvimento de mais intervenções que possam ser efetivas para o manejo dos problemas de comportamento frequentes em sala de aula e que interferem principalmente na qualidade da relação professor-aluno (Lima et al., 1981; Pereira & Gioia, 2010; Soares et al., 2019).

Apesar dos resultados positivos apontados pelos estudos da presente revisão, é necessário ter cautela na interpretação desses resultados. Isso ocorre devido a algumas limitações metodológicas apresentadas pelas pesquisas e pelos programas de intervenção, a exemplo da falta de grupo controle para melhor validação dos resultados, números de participantes reduzidos em alguns grupos e a falta da avaliação dos comportamentos da própria criança, visto a necessidade de conhecer a extensão da intervenção com os pais e professores para além de seus próprios relatos. Além disso, na maioria dos estudos não houve realização de *follow-up* para avaliar a permanência no tempo dos ganhos obtidos tanto nos treinamentos parentais quanto com os professores (Bolsoni-Silva, Salina-Brandão et al., 2008; Cia et al., 2004; Lambertucci & Carvalho, 2008; Lima et al., 1981; Neufeld et al., 2018; Pereira & Gioia, 2010; Pinheiro et al., 2006).

Considerações Finais

Esse estudo sugere a necessidade de mais pesquisas sobre programas de orientação parental ou para professores baseados na análise do comportamento que tenham delineamento de pré e pós-teste e com comparação de grupos, aumentando a robustez dos resultados. Os descritores e alguns critérios de inclusão utilizados podem ter limitado o número de programas de intervenção encontrados no contexto nacional. Com o crescente número de queixas e encaminhamentos clínicos para o manejo dos problemas comportamentais infantis, em casa ou na escola, os resultados dessa pesquisa apontam a importância do desenvolvimento de mais programas de treinamento voltados para pais e professores com delineamentos de análise mais robustos que possam ser utilizados como modelos de práticas positivas mais assertivas e com evidências científicas para atuação clínica e escolar.

A promoção de novas habilidades educativas dos pais e professores para prevenção e manejo de problemas de comportamentos das crianças podem favorecer um aumento da qualidade de vida e do repertório de habilidades sociais infantis. Assim, o investimento em programas de treinamento parental e de professores baseados em técnicas comportamentais, pode ser uma estratégia eficaz para o bom relacionamento familiar e na escola, considerando o desenvolvimento da criança em seus aspectos cognitivos, acadêmicos, emocionais e comportamentais.

Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *ASEBA school-age forms & profiles*. Aseba.
- Benites, M. R., Cauduro, G. N., Vaz, L. V., Borges, E. P. K., Selau, T., & Yates, D. B. (2021). Orientação a práticas parentais: descrição de um programa de intervenção individual breve. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41(spe. 3), 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003192813>
- Bochi, A., Friedrich, D., & Pacheco, J. T. B. (2016). Revisão sistemática de estudos sobre programas de treinamento parental. *Temas em Psicologia*, 24(2), 549-563. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-09>
- Bolsoni-Silva, A. T., Salina-Brandão, A., Versuti-Stoque, F. M., & Rosin-Pinola, A. R. (2008). Avaliação de um programa de intervenção de habilidades sociais educativas parentais: um estudo-piloto. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(1), 18-33. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000100003>
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Marturano, E. M. (2008). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(2), 125-142. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i2.182>
- Braun, P., & Nunes, F. P., Sobrinho. (2006). Análise quase-experimental dos efeitos de um programa de educação continuada de professores no manejo de comportamento em sala de aula: o sistema de countoons. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 1-15. <http://doi.org/10.5935/1808-5687.20060020>
- Brosnan, J., & Healy, O. (2011). A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 437-446. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.023>
- Budd, K. S., Garbacz, L. L., & Carter, J. S. (2016). Collaborating with public school partners to implement teacher-child interaction training (TCIT) as universal prevention. *A Multidisciplinary Research and Practice Journal*, 8(2), 207-221. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9158-8>
- Cardoso, T. S. G., Siquara, G. M., & Freitas, P. M. (2014). Relações entre depressão materna e problemas de comportamento em crianças. *Psicologia Argumento*, 32(79), 131-141. <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.32.079.A008>
- Carneiro, S. N. V. (2015). O nível de stress do professor do ensino fundamental em escolas em Canindé-Ceará. *Olhares & Trilhas*, 16(1), 69-79. <https://seer.ufu.br/index.php/olharestrilhas/article/view/22335>
- Cia, F., & Barham, E. J. (2010). Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização. *Estudos de Psicologia*, 26(1), 45-55. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000100005>
- Cia, F., Barham, E. J., & Fontaine, A. M. G. V. (2010). Impactos de uma intervenção com pais: o desempenho acadêmico e comportamento das crianças na escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 533-543. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300014>
- Cia, F., D’Affonseca, S. M., & Barham, E. J. (2004). A relação entre envolvimento paterno e desempenho acadêmico dos filhos. *Paidéia*, 14(29), 277-286. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000300004>
- Cozby, P. (2014). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento* (Cap. 1, pp. 15-26). Atlas.
- Crespo, L. M., Trentacosta, C. J., Udo-Inyang, I., Northerner, L., Chaudhry, K., & Williams, A. (2019). Self-regulation mitigates the association between household chaos and children’s behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 60, 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2018.10.005>
- Dufrene, B. A., Parker, K., Menousek, K., Zhou, Q., Harpole, L. L., & Olmi, D. (2012). Direct behavioral consultation in Head Start to increase teacher use of praise and effective instruction delivery. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 22(3), 159-186. doi.org/10.1080/10474412.2011.620817

- Emerich, D. R., Carreiro, L. R. R., Justo, A. M., Guedes, P., & Teixeira, M. C. T. V. (2017). Características sociodemográficas, problemas de comportamento, preocupações dos pais e pontos fortes da criança relatados pelos pais. *Paidéia*, 27(67), 46-55. <https://doi.org/10.1590/1982-43272767201706>
- Fava, D. C., Hiratuca, M. H. U., Molina, M., Ghedin, J. M., & Marin, A. H. (2020). Intervenções com professores para ajustamento do comportamento infantil: revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, 13(1), 221-243. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2020.131.11>
- Fernandes, L. F. B., Luiz, A. M. A. G., Miyazaki, M. C. O. S., & Marques, A. B., Filho. (2009). Efeitos de um programa de orientação em grupo para cuidadores de crianças com transtornos psiquiátricos. *Estudos de Psicologia*, 26(2), 147-158. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000200003>
- Freitas, P. M., Dias, C. L. A., Carvalho, R. C. L., & Haase, V. G. (2008). Efeitos de um programa de intervenção cognitivo-comportamental para mães de crianças com paralisia cerebral. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(3), 580-588.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Rudolf, G. (2009). Structural Change as a Predictor of Long-Term Follow-up Outcome. *Psychotherapy Research*, 9(3), 344-357. <https://doi.org/10.1080/10503300902914147>
- Guisso, L., Bolze, S. D. A., & Vieira, M. L. (2019). Práticas parentais positivas e programas de treinamento parental: uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, 12(1), 226-255. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.121.10>
- Hewitt-Ramírez, N., & Moreno-Méndez, J. H. (2018). Intervención psicológica para comportamientos externalizados e internalizados en niños de 8 a 12 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(2), 37-42. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.2.5>
- Homem, T. C., Gaspar, M. F., Santos, M. J. S., Azevedo, A. F., & Canavarro, M. C. (2015). Incredible years parent training: does it improve positive relationships in Portuguese families of preschoolers with oppositional/defiant symptoms? *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 1861-1875. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9988-2>
- Lambertucci, M. R., & Carvalho, H. W. (2008). Avaliação da efetividade terapêutica de um programa de treinamento de pais em uma comunidade carente de Belo Horizonte. *Contextos Clínicos*, 1(2), 106-112. <http://doi.org/10.4013/ctc.20082.06>
- Lima, S. M. V. L., Farias, M. A., D'elia, W. M., Rodrigues, C. M. L., & Rodrigues, C. J. S. (1981). Treinamento de professores no uso de princípios e técnicas de modificação de comportamento em sala de aula. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 1(1), 39-59.
- Marin, A. H., B., Borba, B. M. R., & Bolsoni-Silva, A. T. (2018). Problemas emocionais e de comportamento e reprovação escolar: estudo de caso-controle com adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 20(3), 299-313. <https://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n3p299-313>
- Mesquita, M. L. G., Suriano, R., Carreiro, L. R. R., & Teixeira, M. C. T. V. (2016). Treino parental para manejo comportamental de crianças com Síndrome de Prader-Willi: impacto sobre a saúde mental e práticas educativas do cuidador. *Rev. CEFAC*, 18(5), 1077-1087. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161850516>
- Neufeld, C. B., Godoi, K., Rebessi, I. P., Maehara, N. P., & Mendes, A. I. F. (2018). Programa de orientação de pais em grupo: um estudo exploratório na abordagem cognitivo-comportamental. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 12(3), 33-43. <https://doi.org/10.24879/2018001200300500>
- Oliveira, R. P. C. (2013). *Treinamento de professores em grupo: um programa para trabalhar comportamento em sala de aula* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Maus-tratos a crianças (Ficha informativa nº 150)*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & McGuinness, L. A. (2022). A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *46*(1). <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.112>
- Pereira, C. M., & Gioia, P. S. (2010). Formação de professores em análise do comportamento para manejo de comportamentos considerados violentos de alunos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *12*(1-2), 121-145. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v12i1/2.419>
- Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *19*(3), 1-15. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000300009>
- Pinto, B. B., Cid, H. G. F., Brenes, J. A. O., & Germano, G. (2022). Problemas comportamentais en la infancia: conceptualización, evaluación e impacto. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, *26*(2), 1-29.
- Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2015). Effects of a cognitive-behavioral intervention program on the health of caregivers of people with autism spectrum disorder. *Psychosocial Intervention*, *24*(1), 33-39. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2015.01.001>
- Soares, J. F. S., Oliveira, M. L. M. C., Ferreira, D. F., & Batista, E. C. (2019). As habilidades sociais como fatores aliados às práticas do professor. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, *17*(1), 634-653. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v17i1.5627>
- Souza, M. S., Soares, A. B., & Freitas, C. P. P. (2018). Efeitos de um treinamento de habilidades sociais no comportamento e desempenho acadêmico. *Avaliação Psicológica*, *17*(4), 417-427. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1704.2.02>
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2020). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development*, *88*(4), 1156-1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Wigelsworth, M., Lendrum, A., Oldfield, J., Scott, A., Bokkel, I. T., Tate, K., & Emery, C. (2016). The impact of trial stage, developer involvement and international transferability on universal social and emotional learning programme outcomes: a meta-analysis. *Cambridge Journal of Education*, *46*(3), 347-376. <https://doi.org/10.1080/0305764x.2016.1195791>

Elaboração de um Jogo como Mediador Clínico no Acompanhamento Psicológico de um Paciente Oncológico Pediátrico

Monize Villega Rios¹ , Emanuelle Valera Silva²  e Thaís Lorencetti Ferrari³ 

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

Resumo: O câncer é uma doença que determina implicações não apenas à saúde física, mas também à saúde psíquica das crianças e de seus cuidadores. A hospitalização e os procedimentos de saúde, dentre outros aspectos do contexto de adoecimento e de tratamento, podem desencadear sentimentos vivenciados como desagradáveis, além de mudanças significativas na rotina. O uso de recursos lúdicos, tais como os jogos no contexto do acompanhamento psicológico aos pacientes pediátricos, pode auxiliar as crianças a expressarem suas emoções e a compreender aspectos da doença e do tratamento, além de estimular sua adaptação ao ambiente hospitalar e às terapêuticas. Então, os objetivos deste relato de experiência de caráter qualitativo-descritivo são descrever um jogo terapêutico que foi desenvolvido com a função de mediador clínico no acompanhamento psicológico de um paciente oncológico pediátrico durante estágio de discentes de Psicologia e apresentar as implicações de sua aplicação prática. O recurso lúdico foi estruturado por discentes de um curso de Psicologia de uma universidade de Minas Gerais e por uma psicóloga do Hospital de Clínicas da mesma universidade durante a realização de um estágio supervisionado obrigatório. Foi elaborado um jogo de tabuleiro cujos elementos visuais e enredo estão relacionados a um desenho animado de interesse do paciente composto por casas que representam as fases do tratamento de maneira lúdica e por “cartas das emoções”, “cartas de desafios” e “cartas de azar ou sorte”, além de peças, representando os jogadores. Os resultados demonstraram que a utilização do material trouxe benefícios, tais como a expressão dos sentimentos, a verbalização de conteúdos emocionais, a identificação de estratégias de enfrentamento e a promoção de comportamentos assertivos. Verificou-se que o recurso foi facilitador dos processos de avaliação e de intervenção psicológica do paciente acompanhado.

Palavras-chave: saúde da criança, psico-oncologia, ludicidade

Development of a Game as a Clinical Mediator in the Psychological Support of a Pediatric Oncological Patient

Abstract: Cancer is a disease that not only affects children’s physical health but also their psychological well-being and that of their caregivers. Hospitalization and medical procedures, among other aspects of illness and treatment contexts, can trigger unpleasant feelings and significant changes in routine. The use of playful resources, such as games in the context of psychological support for pediatric patients, can

¹ Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Pós-graduada em Psicologia da Criança e do Adolescente pela Universidade de Uberaba (Uniube). Psicóloga graduada pela UFTM. Analista de Educação Básica (Psicóloga) do Núcleo de Acolhimento Educacional (NAE/Uberaba). *E-mail:* riosmonize@gmail.com

² Pós-graduanda em Intervenção ABA para Autismo e Deficiência Intelectual (CBI of MIAMI). Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). *E-mail:* emanuellevalera@gmail.com

³ Residente em Programa de Residência Multiprofissional em Atenção em Saúde da Criança pela Universidade Federal de Uberaba (UFU). Psicóloga pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). *E-mail:* thais.ferrari16@gmail.com

help children express their emotions, understand aspects of the disease and treatment, and stimulate adaptation to the hospital environment and therapies. Therefore, the objective of this qualitative-descriptive experiential report is to describe the process of creating a therapeutic game developed as a clinical mediator in the psychological support of a pediatric oncology patient during a psychology student internship. The playful resource was structured by psychology students from a university in Minas Gerais and a psychologist from the University Hospital during a mandatory supervised internship. A board game was created whose visual elements and storyline are related to a cartoon of interest to the patient, consisting of houses representing treatment phases in a playful manner, along with “emotion cards,” “challenge cards,” and “luck or chance cards,” as well as player pieces. The results demonstrated that the use of the material brought benefits such as expression of feelings, verbalization of emotional content, identification of coping strategies, and promotion of assertive behaviors. It was found that the resource facilitated the processes of patient evaluation and psychological intervention.

Keywords: child health, psycho-oncology, playfulness

Introdução

O câncer é uma doença em que ocorrem mutações nas células e estas se dividem, entram em contato com tecidos do corpo humano e os destroem. Existem diferentes tipos dessa enfermidade que correspondem aos diferentes tipos de células do corpo que serão atacados. Essa patologia é a segunda maior causa de morte infantil e de adolescentes no Brasil e no mundo, de forma que o Brasil ocupa o sexto lugar mundial com maior taxa de mortalidade por câncer infantil. Por isso, para que a cura seja alcançada, é importante diagnosticar esses indivíduos o mais rápido possível (Feliciano et al., 2018; Spironello et al., 2020; Velame & Antunes, 2024).

Os cânceres infantis mais predominantes são leucemias, tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) e tumores embrionários. Na adolescência, há maior incidência de linfomas, carcinomas, tumores do SNC, tumores de células germinativas e leucemias. Ressalta-se que tanto na infância quanto na adolescência há maior taxa de mortalidade por leucemia e entre 0 e 4 anos há a maior taxa de

mortalidade no Brasil (Feliciano et al., 2018; Velame & Antunes, 2024). Na infância, então, a incidência de neoplasias malignas é diferente da incidência em adultos (Braga et al., 2002).

Essa diferença se dá, porque, ao se considerar a variedade de cânceres, entende-se que é um assunto que não pode ser generalizado, pois o tipo de câncer dependerá do estágio da enfermidade, do local que ela se encontra, do tipo de tratamento utilizado e da assistência necessária de acordo com as limitações da doença ou das cirurgias pela qual o paciente pode passar (Penna, 2004). Também, o tempo das técnicas de tratamento utilizadas e a frequência serão determinados de acordo com os fatores relacionados à doença citados (Cardoso, 2007). De acordo com esses aspectos, o paciente e a família podem reagir de formas diferentes, assim como também a personalidade, a idade e o tipo de relação com o paciente podem influenciar na reação e adaptação ao novo modo de vida (Penna, 2004).

Então, diversas alterações acontecem na vida das crianças que recebem o diagnóstico do câncer. Entretanto, elas não são as únicas afetadas, pois, como relatado anteriormente, tanto elas quanto a família passam por alterações da rotina por conta do tratamento invasivo, que muitas vezes pode envolver a internação dessas crianças. Logo, os cuidadores tendem a abdicar de algumas tarefas para se dedicarem mais a essas intervenções e as estruturas familiares geralmente são afetadas (Damarso et al., 2017; Nascimento et al., 2005). Ademais, os pacientes podem ficar horas sentados, pois a quimioterapia é um procedimento demorado, além dos outros procedimentos médicos e remédios que deverão tomar e ser submetidos (Souza et al., 2012).

Esses procedimentos médicos podem causar dor emocional e física nos pacientes, além de vômitos, fadiga, náuseas, entre outros sintomas (Souza et al., 2012). A hospitalização, que comumente gera muitos desconfortos, também pode levar à depressão, medo dos procedimentos pelos quais a pessoa irá passar, medo da doença levar ao óbito, medo do desamparo, solidão por conta do afastamento do seu antigo grupo social e mudanças de cotidiano e vivências em geral, os quais são fatores que podem acarretar em

sentimento de culpa e raiva, por exemplo (Damarso et al., 2017; Leite et al., 2018).

É notável o quanto o ambiente hospitalar pode proporcionar sentimentos negativos para determinados indivíduos de acordo com suas experiências individuais. Além da rotina que é perdida, valores e a identidade também são prejudicados. Para que a despersonalização não aconteça, o lúdico é muito importante para a criança, dessa maneira, os psicólogos poderão fornecer as condições necessárias para a adaptação, compreensão do quadro clínico e dos procedimentos, e ajudar no enfrentamento do tratamento do câncer infantil (Damarso et al., 2017; Souza et al., 2012).

Muitas vezes, as crianças hospitalizadas não conseguem compreender o que está acontecendo consigo, e nem mesmo nomear os sentimentos ocasionados devido a internação. Dessa forma, através do brincar, a criança consegue desenvolver novas estratégias de enfrentamento da doença, além de diminuir a ansiedade, medo e angústias. A brincadeira é fundamental para o desenvolvimento humano, principalmente na infância, pois proporciona conhecimento, diversão e distração por meio da imaginação, além de ser uma forma de comunicação e contribuir no desenvolvimento de habilidades, criatividade e processo de ensino-aprendizagem (Caroline, 2019; Damarso et al., 2017).

Além disso, a criança poderá demonstrar, através dessa ferramenta, suas angústias e aliviar a ansiedade causada por um episódio difícil e que ela não compreenda. Também, procedimentos pelos quais a criança irá passar podem ser esclarecidos por meio do lúdico para que ela fique consciente do que está acontecendo e dessa forma ela poderá se adaptar melhor ao ambiente do hospital, que é hostil (Damarso et al., 2017; Souza et al., 2012).

Então, alguns profissionais, incluindo os da Psicologia, colaboram para o enfrentamento das dificuldades do processo oncológico e fazem isso através da utilização do lúdico. Considerando a importância da família nesse momento da vida da criança, o psicólogo também deve colaborar para que a família também enfrente o processo de adoecimento da melhor forma (Alves & Uchôa-Figueiredo, 2017). Os profissionais podem

ser essenciais para demonstrar para os cuidadores o quanto a brincadeira colabora não apenas para o desenvolvimento da criança, mas também para a superação dos problemas que surgem durante os procedimentos médicos. Essas atividades lúdicas também colaboram no fortalecimento dos vínculos entre cuidador-criança e destes com os funcionários do local (Ribeiro, 2018).

O brinquedo terapêutico pode ajudar a criança a aliviar as questões, como ansiedade, geradas pelas experiências do tratamento e, também, auxiliar o profissional a identificar as necessidades da criança. Dessa maneira, o recurso lúdico pode contribuir como recurso projetivo sobre aspectos do próprio tratamento; como continuidade do desenvolvimento (utilização de brinquedos que estimulem seu desenvolvimento); como facilitador de percepção do ambiente intra-hospitalar com brinquedos, a fim de que a criança tenha conhecimento e compreensão sobre os procedimentos a serem realizados; como redutor do estresse (redução de estressores) e para estimular crenças e sentimentos (Cintra et al., 2006).

Alguns procedimentos como a quimioterapia, radioterapia ou algumas cirurgias podem ter um longo tempo de duração, além dos ciclos desses métodos demorarem semanas para se encerrarem e, enquanto isso, o paciente pode ser submetido a eles por vários dias da semana. Portanto, as atividades lúdicas podem colaborar para que as crianças se tranquilizem e como meio de descontração enquanto são submetidas a determinados tratamentos. Então, independente de ela estar ou não hospitalizada, é importante que a criança com câncer brinque, porque é uma atividade fundamental para o seu desenvolvimento, pois colabora para o autoconhecimento, aprendizado, imaginação, diversão e também para o enfrentamento da doença (Damarso et al., 2017; Souza et al., 2012).

Logo, todos os hospitais em que há atendimento pediátrico devem ter uma brinquedoteca de acordo com a Lei 11.104/2005 (Ribeiro, 2018). No entanto, existem crianças que podem estar em um estado debilitado e não conseguem se locomover até o local. Nesse caso, o funcionário da brinquedoteca pode ir até o local em que ela se encontra. Também, o cuidador ou

profissionais, como psicólogos, podem brincar junto com as crianças, desde que elas peçam ou permitam a participação deles (Souza et al., 2012).

Neste sentido, trabalhar com o recurso lúdico é uma ferramenta importante para o profissional da Psicologia, o qual irá escolher brinquedos que não limitem a forma de brincar da criança e que as estimulem a expressar suas emoções e vivências, pois os brinquedos não estruturados contribuem potencialmente ao processo terapêutico. Portanto, a atuação de psicólogos é importante para que a criança possa passar pela experiência de internação de uma forma mais humanizada (Giaxa et al., 2019; Pestana, 2019), já que nessa ocupação é essencial participar da comunicação em vários âmbitos como contar sobre o diagnóstico, estágios do tratamento, possibilitar a abertura de um espaço em que o paciente expresse seus sentimentos, fale sobre seus medos e que ele seja ativo ao decorrer do desenvolvimento da sua doença e tratamento (Alves & Uchôa-Figueiredo, 2017).

Considerando essas informações, o presente trabalho tem como objetivo descrever o processo de criação de um jogo terapêutico que foi desenvolvido com a função de mediador clínico no acompanhamento psicológico de um paciente oncológico pediátrico durante estágio de discentes de Psicologia e apresentar as implicações de sua aplicação prática.

Método

O presente relato de experiência possui caráter qualitativo-descritivo e foi realizado a partir do diário de campo das estagiárias, em que constam anotações dos atendimentos desenvolvidos com o paciente atendido e processo de criação de um recurso terapêutico. O estágio foi realizado por três discentes do curso de Psicologia em um hospital universitário de uma cidade em Minas Gerais e consistiu em um estágio básico da matriz curricular do curso. O período de realização foi de novembro de 2022 a abril de 2023.

O público-participante do estágio são as crianças e adolescentes com diagnósticos oncológicos e hematológicos que fazem tratamento

e acompanhamento nesse hospital público, e seus familiares. Essa vivência objetivou proporcionar o contato das discentes com atividades como atendimentos ludoterápicos em sala de espera, atendimento ambulatorial e intra-hospitalar com crianças, adolescentes e aos seus cuidadores dentro do ambiente hospitalar. Por meio dessa experiência, foi possível constatar a importância da criação de um recurso lúdico personalizado para um dos pacientes em tratamento.

As atividades do estágio consistiram em acompanhar pacientes em dois dias da semana no período matutino em sala de espera em ambiente ambulatorial, enquanto eles e seus responsáveis aguardavam consulta médica e o procedimento de quimioterapia. Nos outros dias da semana, os pacientes que eram internados no hospital de clínicas por questões de saúde eram visitados pelas estagiárias. As três estagiárias, uma residente em Psicologia e uma das psicólogas do setor de Psicologia do Hospital de Clínicas — a qual foi supervisora de campo das estagiárias — acompanhavam e compartilhavam os casos dos pacientes entre si.

No acompanhamento de um dos pacientes oncológicos pediátricos foi identificado um fator gerador de ansiedade perante o tratamento por conta dos comportamentos do paciente nos momentos em que recebia a quimioterapia e nos momentos de internação no Hospital de Clínicas, que de certa forma demonstravam sua angústia. Também foi analisada a dificuldade de comunicação sobre as percepções próprias dos eventos do tratamento de leucemia e de expressar os sentimentos e emoções a ele relacionados. Então, as estagiárias, em conjunto com a psicóloga supervisora, optaram por criar um recurso lúdico personalizado para abordar essas questões da criança.

Dessa forma, as estagiárias se reuniram em quatro reuniões que aconteceram no mês de março de 2023 e tiveram duração média de 3 horas. Durante esses encontros, foi definida a criação de um jogo de tabuleiro, com cartas de emoções, cartas de azar ou sorte e cartas de desafio, pensado nesse formato devido ao interesse do paciente. Sendo assim, nessas reuniões as estagiárias elaboraram as perguntas do jogo, suas cartas e, por fim, imprimiram

e confeccionaram o tabuleiro, que foi denominado de “Pokémon Vai ao Hospital”. A escolha de utilizar o desenho animado em questão se deu pelo afeto que o paciente tem com o mesmo e, conseqüentemente, as profissionais identificaram que seria um fator estimulante para que houvesse maior envolvimento no jogo. Totalizaram-se aproximadamente 12 horas de trabalho e, durante todo esse processo, foi discutido em supervisão e enviado o material para a supervisora, a qual compõe a equipe.

Após a elaboração do recuso lúdico, houve a sua aplicação. Participaram três crianças com idade entre 4 e 7 anos e as três estagiárias. Como foi realizada a aplicação do jogo em sala de espera de um ambiente ambulatorial, outras crianças estavam no local e participaram em alguns momentos do jogo, mas por serem mais novas e não terem se adequadado ao jogo de tabuleiro, houve análise apenas da participação do paciente apontado nesse trabalho. Então, ressalta-se que há limitação do estudo por se tratar de uma experiência vivenciada em apenas um hospital e direcionada para apenas um paciente. Essa análise foi realizada em discussão posterior entre a equipe em momento de supervisão, de forma que foi possível discutir os resultados obtidos e realizar conclusões sobre todo o processo de elaboração do tabuleiro e sua aplicação com o paciente.

O objetivo da criação do jogo consistiu em elaborar um instrumento lúdico capaz de auxiliar o paciente a expressar seus sentimentos e desenvolver repertório para tal. Como o jogo foi baseado em uma marca já existente, Pokémon®, salienta-se que sua criação e utilização não tiveram intenção ou pretensão de uso comercial, servindo apenas como recurso terapêutico para intervenções com pacientes. Assim, compreende-se que não foram infringidas leis sobre direitos autorais da marca Pokémon® (*Lei nº 9279, 1996; Lei nº 9.610, 1998*).

Resultados e Discussão

Para atender as crianças e adolescentes são utilizados os recursos lúdicos para expressão dos sentimentos, emoções e angústias acerca do tratamento. As atividades lúdicas são uma forma de reduzir os estressores que os pacientes estão

sujeitos no processo de internação. São realizados validação empática e acolhimento aos familiares, clarificação dos conteúdos emocionais apresentados e identificação de recursos de enfrentamento. É avaliada a adaptação do paciente à internação, se há queixas físicas ou psíquicas e se há novidades do quadro clínico. Avalia-se também a adaptação do acompanhante (Cardoso, 2007; Mesquita et al., 2013).

A proposta de criação de um recurso lúdico personalizado para o paciente em questão se deu pela percepção das estagiárias, em conjunto com a residente de Psicologia e a psicóloga supervisora de campo, de que o paciente apresentava dificuldade em expressar suas emoções e compreendê-las. Dessa forma, foi decidido que seria criado um jogo interativo e com temática de Pokémon, em que além de perguntas sobre a animação também seriam trabalhadas questões do tratamento de leucemia desde a fase inicial até a final, além da tentativa do jogo de fazer com que os jogadores expressem suas emoções sobre as fases do tratamento. A utilização do recurso poderia contribuir para uma projeção do paciente sobre suas questões no personagem principal do tabuleiro que é o Pokémon de sua escolha.

A projeção é um mecanismo de defesa inconsciente, que é permeado de fantasias carregadas de afetos negativos ou positivos. Essas fantasias internas são projetadas para um objeto real — nesse caso, o personagem do tabuleiro. O brinquedo é uma ferramenta facilitadora para que isso aconteça e a projeção contribui como para que os conflitos internos do sujeito diminuam enquanto a criança brinca, pois ela pode colocar suas questões e conflitos nos personagens da brincadeira e reproduzir situações que no mundo real não poderia ou não daria conta de suportar por serem carregadas de sofrimento como medos e angústias (Leite, 2016; Melo, 2003; Pinto, 2014).

Descrição do Jogo

O jogo é composto por um tabuleiro e contém 27 casas que abordam todas as etapas do processo de tratamento que pacientes com leucemia

experenciaram. Cada uma delas tem situações seguidas de perguntas ou instruções, a exemplo, as “Cartas de Emoções”, as quais são disponibilizadas ao jogador para que ele mostre quais emoções o Pokémon sentiu em determinada situação explicitada pela casa em que o personagem está no momento.

Logo, são três cartas com os números um, dois e três, que são utilizadas como dado; cinco cartas, cada uma com um personagem Pokémon que servem como peças para cada jogador se mover no tabuleiro; onze cartas de desafios, com consequências de voltar duas casas caso erre a pergunta ou permanecer na mesma casa caso acerte-a; dez cartas de azar ou sorte, com consequências entre voltar casas, permanecer na mesma ou avançar casas de acordo com o escrito na carta; vinte cartas de emoções, cada uma com uma expressão facial e corporal do personagem Pikachu correspondente a vergonha, raiva, tristeza, preocupação, medo, cansaço, surpresa, tranquilidade, desconfiança, alegria, ansiedade, esperança, solidão, decepção, culpa, desespero, saudade, confuso, chateado e confiança, e, apesar de nem todas serem emoções de fato, preferiu-se nomear esse tipo de carta dessa forma para facilitar a compreensão. Além disso, há cartas com as regras do jogo e outra com a história do jogo.

A seguir, é possível checar imagens do tabuleiro e de uma parte das cartas de azar ou sorte, das cartas de desafios e das cartas das emoções. Também, é possível conferir tabelas com descrições de cada casa do tabuleiro e das cartas de desafios e de azar ou sorte.

Figura 1

Tabuleiro do jogo “Pokémon vai ao Hospital”.

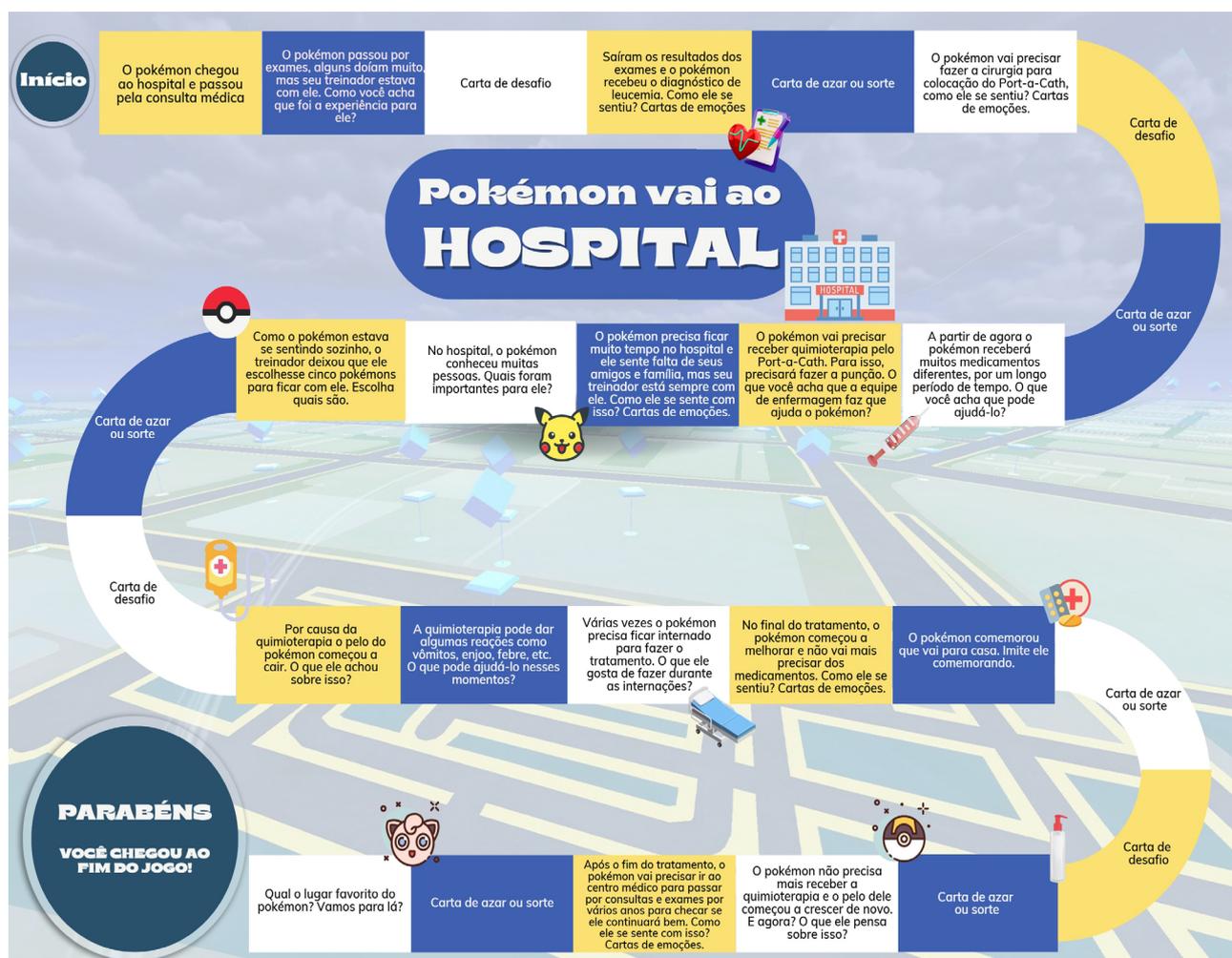


Figura 2

Descrição das casas do jogo.

Casas	Vivências	Tipo de Carta a Ser Escolhida
1	O Pokémon chegou ao hospital e passou pela consulta médica.	
2	O Pokémon passou por exames, alguns doíam muito, mas seu treinador estava com ele. Como você acha que foi a experiência para ele?	
3	Carta de desafio	
4	Saíram os resultados dos exames e o Pokémon recebeu o diagnóstico de leucemia. Como ele se sentiu?	Cartas de emoções
5	Carta de azar ou sorte	
6	O Pokémon vai precisar fazer a cirurgia para colocação do <i>port-a-cath</i> , como ele se sentiu?	Cartas de emoções
7	Carta de desafio	
8	Carta de azar ou sorte	
9	A partir de agora, o Pokémon receberá muitos medicamentos diferentes, por um longo período de tempo. O que você acha que pode ajudá-lo?	
10	O Pokémon vai precisar receber quimioterapia através do <i>port-a-cath</i> . Para isso, precisará fazer a punção. O que você acha que a equipe de enfermagem faz que ajuda o Pokémon?	
11	O Pokémon precisa ficar muito tempo no hospital e ele sente falta de seus amigos e família, mas seu treinador está sempre com ele. Como ele se sente com isso?	Cartas de emoção
12	No hospital, o Pokémon conheceu muitas pessoas. Quais foram importantes para ele?	
13	Como o Pokémon estava se sentindo sozinho, o treinador deixou que ele escolhesse cinco Pokémons para ficar com ele. Escolha quais são.	
14	Carta de azar ou sorte	
15	Carta de desafio	
16	Por causa da quimioterapia, o pelo do Pokémon começou a cair. O que ele achou sobre isso?	
17	A quimioterapia pode dar algumas reações como vômitos, enjoo, febre etc. O que pode ajudá-lo nesses momentos?	
18	Várias vezes, o Pokémon precisa ficar internado para fazer o tratamento. O que ele gosta de fazer durante as internações?	
19	No final do tratamento, o Pokémon começou a melhorar e não vai mais precisar dos medicamentos. Como ele se sentiu?	Cartas de emoção
20	O Pokémon comemorou que vai para casa. Imite ele comemorando.	
21	Carta de azar ou sorte	
22	Carta de desafio	
23	Carta de azar ou sorte	
24	O Pokémon não precisa mais receber a quimioterapia e o pelo dele começou a crescer de novo. E agora? O que ele pensa sobre isso?	
25	Após o fim do tratamento, o Pokémon vai precisar ir ao centro médico para passar por consultas e exames por vários anos para checar se ele continuará bem. Como ele se sente com isso?	Cartas de emoção
26	Carta de azar ou sorte	
27	Qual o lugar favorito do Pokémon? Vamos para lá! Parabéns! Você chegou ao fim do jogo!	

Figura 3

Cartas de emoções.



Figura 4

Cartas de desafios.

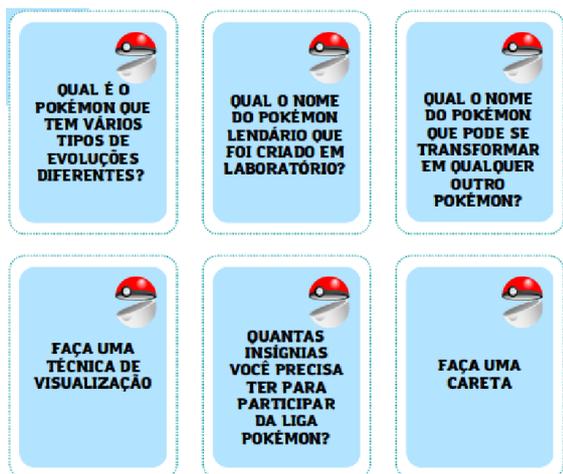


Figura 5

Cartas de azar ou sorte.



Figura 6

Descrição das cartas do jogo.

CARTAS DE DESAFIOS	CARTAS DE AZAR OU SORTE
Qual o Pokémon do tipo fantasma da primeira geração? Resposta: Gengar.	Azar. Você tentou capturar um Pokémon e ele fugiu. Volte 2 casas.
Qual é o Pokémon que ajuda a enfermeira Joy no centro de Pokémon? Resposta: Chansey.	Azar. Você perdeu uma batalha. Volte 3 casas.
Faça uma técnica de respiração.	Sorte. Você capturou um Pokémon. Avance 2 casas.
Qual o nome do Pokémon lendário que foi criado em laboratório? Resposta: Mewtwo.	Sorte. Você ganhou uma batalha. Avance 3 casas.
Qual o nome do Pokémon que pode se transformar em qualquer outro Pokémon? Resposta: Ditto.	Azar. Você estava indo para a cidade de Pallet, mas se perdeu no caminho. Fique 1 rodada sem jogar.
Faça uma técnica de visualização.	Azar. O seu Pokémon foi para a Poké Bola descansar. Fique 1 rodada sem jogar.
Quantas insígnias você precisa ter para participar da liga Pokémon? Resposta: 8.	Sorte. Você encontrou dois Pokémon no mesmo lugar. Avance 2 casas.
Faça uma careta.	Azar. você estava indo para o ginásio, mas choveu e você não conseguiu avançar em sua viagem. Volte 1 casa.
Imite você capturando o seu Pokémon.	Sorte. Você batalhou com a equipe Rocket e venceu. Avance 2 casas.
Faça uma piada.	Sorte. O professor Carvalho te deu algumas dicas sobre um novo ataque. Avance 2 casas.
Faça uma técnica de respiração.	
Qual o Pokémon que tem vários tipos de evoluções? Resposta: Eevee.	

As Decorrências da Utilização do Tabuleiro

Quanto aos resultados da aplicação prática do tabuleiro, esperava-se que o paciente estivesse entretido e colaborativo em relação ao jogo, ao ponto de conseguir expressar suas emoções através dele e de adquirir repertório por meio das respostas dos outros jogadores. Sendo assim, o “Pokémon Vai ao Hospital” foi aplicado em março de 2023, houve a participação de três pacientes e das três estagiárias. Como abordado anteriormente, apenas a participação de um paciente foi analisada. Enquanto resultados obtidos, foi possível constatar que o paciente teve um bom envolvimento com o jogo, evidenciado pela retomada ao jogo mesmo após consulta médica.

Ele interagiu, então, com o material em um momento inicial, escolhendo seu personagem para ser a peça para se movimentar no jogo. Os outros participantes fizeram o mesmo e, um por vez, jogaram os dados e seguiram as instruções que estavam nas casas do tabuleiro. Após chegar sua vez para ir à consulta médica, o jogo foi pausado. Quando o paciente retornou, quis continuar o jogo. A maioria dos participantes continuou o jogo até o final, de forma que ele foi o vencedor. As casas de “carta de desafio” foram as suas favoritas e evidenciaram seu conhecimento vasto sobre Pokémon.

No geral, as estagiárias notaram que ele conseguiu responder a quase todas as questões e expressar as emoções do Pokémon — que nesse caso há hipótese de que foi uma projeção de seus sentimentos e vivências. Além disso, as discentes puderam presenciar uma situação em que foi possível identificar um aumento do repertório do paciente com relação a um procedimento médico da enfermagem. Entretanto, alguns empecilhos aconteceram, como a evitação de determinadas perguntas das casas do jogo, que as estagiárias consideram que é uma temática sensível ao paciente, por se tratar de questões sobre um procedimento considerado mais invasivo ao qual ele era submetido. É importante destacar o quanto é essencial que as profissionais da Enfermagem expliquem os procedimentos a serem realizados e esclareçam possíveis dúvidas da criança (Santos et al., 2016), de forma a evitar angústias e sofrimento.

Outro empecilho identificado foi o cuidado que as estagiárias tiveram para não sugerir respostas. Para isso, elas criaram “Instruções para o profissional”, que consiste em uma sugestão ao profissional de saúde, que, ao utilizar o recurso lúdico, tente não sugerir o que o Pokémon sentiu. Para isso, é possível dar respostas mais generalizadas, curtas e baseadas no que a literatura geralmente aborda, como, por exemplo, o que seria interessante de ser realizado em determinada situação e procedimento.

Sendo assim, é possível constatar que a aplicação do recurso lúdico personalizado proporcionou o favorecimento da expressão da experiência subjetiva de tratamento, a verbalização de conteúdos emocionais, a identificação de estratégias de enfrentamento e a promoção de comportamentos assertivos. Como o paciente não conseguia verbalizar sobre algumas angústias relacionadas ao tratamento, que por vezes apareciam como choro ou silêncio, através do jogo ele conseguiu expressar como entendia a fase do adoecimento que estava passando. Essa expressão se deu pela identificação dele por meio das cartas das emoções sobre o que o Pokémon — ou no caso dele, através do mecanismo de projeção — sentia em cada fase do tratamento. A exposição de diversas emoções nas cartas facilitou o acesso do paciente a elas e a descoberta de que era possível sentir algo além de tristeza e felicidade durante o processo de enfrentamento ao câncer.

As estagiárias, quando identificaram dificuldade em responder questões sensíveis a ele, indicaram estratégias de enfrentamento que o Pokémon poderia ter e o paciente contribuiu com maneiras que o personagem do jogo poderia superar algumas situações. Inclusive ele aconselhou o Pokémon sobre o que e quem o ajudava a superar situações angustiantes no ambulatório e no hospital. A dificuldade do paciente em responder determinadas questões do jogo contribuiu para que a equipe identificasse demandas específicas que poderiam ser trabalhadas posteriormente. Para além desses ganhos, enquanto futuras profissionais de Psicologia, foi possível observar o desenvolvimento das habilidades profissionais das psicólogas em formação e o enriquecimento do repertório das autoras.

Ao constatar os benefícios de se utilizar um recurso lúdico personalizado para que os objetivos fossem alcançados, ou seja, de que o paciente demonstrasse suas emoções conforme suas vivências com as etapas do tratamento para leucemia, além de adquirir repertório, as estagiárias apontam que os objetivos foram atingidos e foi possível perceber o quanto esse processo foi rico, principalmente para o paciente. Além disso, houve o fortalecimento do vínculo terapêutico entre o paciente e as terapeutas ao considerar que foi criado um recurso especificamente para ele, com seu desenho animado favorito. Apesar de ele não ter participado do processo de criação do recurso lúdico, houve um reconhecimento expresso por parte dele, que se demonstrou entusiasmado por se tratar de um jogo pensado particularmente nele. Esse vínculo também se fortaleceu ao considerar que as discentes se apropriaram da história do paciente com o estudo de caso mais aprofundado para a criação do tabuleiro, o que as aproximou mais dele.

Nesse caso, as profissionais se aproximaram das necessidades do paciente e não se voltaram para suas próprias necessidades. Por esse motivo, estar atento às questões culturais e subjetivas do paciente é essencial na atuação do profissional. Dessa forma, é possível refletir e atuar dentro de uma equipe multidisciplinar de forma a considerar a saúde psíquica dos sujeitos em tratamento oncológico e proporcionando qualidade de vida a eles. O vínculo terapêutico no ambiente hospitalar é muito importante e pode significar o quanto aquela pessoa, que atua naquele ambiente, está disposta a estar ali verdadeiramente com as crianças e seus responsáveis para entender suas histórias (Ferreira & Lima, 2023; Moura et al., 2013).

Para se apropriar e conhecer a história de um paciente, a fim de criar um bom vínculo — o qual facilitará a atuação da Psicologia —, também é importante um diálogo aberto com os outros profissionais como médico e enfermeiros para que confiem no trabalho da Psicologia e compartilhem informações importantes sobre o caso do paciente. Esses profissionais, assim como os da Psicologia, devem tentar minimizar o sofrimento psíquico do paciente decorrente do tratamento a partir de um

atendimento humanizado, acolhedor e cuidadoso. Além disso, deve-se tentar preservar a autonomia da criança, possibilitando que ela expresse seus sentimentos e que ela seja incluída nas decisões a serem tomadas em relação ao seu tratamento, de forma que ela faça parte do processo (Santos et al., 2016).

Então, ressalta-se a importância da atuação de todas as profissões na promoção do bem-estar dos pacientes oncológicos pediátricos e a utilização de elementos lúdicos para tal finalidade. O recurso lúdico personalizado foi essencial para se ter acesso aos conteúdos psíquicos do paciente e consolidação do vínculo terapêutico no estágio em questão. O tabuleiro do Pokémon pode ser utilizado por outros profissionais de saúde, de forma que pode também contribuir no estabelecimento de vínculo, desde que tenham conhecimento sobre o câncer, ludicidade e tenham preparo para manejar questões de cunho emocional da criança que emergiram. Inclusive o material ficou disponível no ambulatório para utilização. Também, é importante salientar a importância da Psicologia no setor da onco-hematologia pediátrica, principalmente de uma atuação sensível e atenta às necessidades das crianças e adolescentes, para que participem ativamente do processo de adoecimento.

Considerações Finais

Com a utilização prática do jogo, foi possível perceber que seus objetivos foram atingidos, pois foi facilitada a emergência de novas formas de expressão emocional e, assim, as demandas específicas do paciente foram melhor identificadas e atendidas. Esse dado evidencia a importância de se olhar atentamente para cada sujeito e sua história. Além disso, percebe-se que houve um aprimoramento na qualificação profissional das psicólogas em formação e aprendizado sobre recursos lúdicos terapêuticos na prática psicológica em ambiente hospitalar.

Porém, limitações também foram encontradas. Os resultados levantados não podem ser generalizados, uma vez que o recurso foi aplicado com três pacientes, mas houve envolvimento e análise da participação de apenas um paciente

e, dada a característica subjetiva da situação, outros pacientes podem ter reações e resultados diferentes dos encontrados neste estudo. Outra limitação encontrada foi a finalização do estágio durante o processo de adoecimento do paciente, o que impediu que o trabalho das estagiárias com ele seguisse. Apesar disso, a psicóloga responsável pelo setor da onco-hematologia pediátrica prosseguiu com o trabalho.

Para o futuro, o recurso lúdico criado pode ser utilizado com outras crianças, gerando novos dados provenientes de sua aplicação em outros contextos. Essa aplicação também pode ocorrer em diversos momentos durante o tratamento do paciente, com intuito de verificar outras possíveis implicações durante suas aplicações práticas e na identificação de novas demandas. Ainda, este trabalho pode se apresentar como exemplo para a elaboração de outros estudos envolvendo a criação de recursos lúdicos personalizados com função de mediadores clínicos.

Referências

- Alves, S. W. E., & Uchôa-Figueiredo, L. R. (2017). Estratégias de atuação da psicologia diante do câncer infantil: uma revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 20(1), 55-74.
- Braga, P. E., Latorre, M. R. D. O., & Curado, M. P. (2002). Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (Brasil) e outros países. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 33-44.
- Cardoso, F. T. (2007). Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10(1), 25-52.
- Caroline, T. R. (2019). A importância de jogos e brincadeiras na educação infantil. *Revista Práxis Pedagógica*, 2(1), 28. <https://doi.org/10.69568/2237-5406.2019v2n1e3305>
- Cintra, S. M. P., Silva, C. V. D., & Ribeiro, C. A. (2006). O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 497-501.
- Damarso, M., Suguihura, A., & Wechsler, A. (2017). Psico-oncologia infantil e a importância do brincar no enfrentamento da doença. *Psicologia: Saberes & Práticas*, 1(1), 85-92.
- Feliciano, S. V. M., Santos, M. O., & Pombo-de-Oliveira, M. S. (2018). Incidência e mortalidade por câncer entre crianças e adolescentes: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 64(3), 389-396. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n3.45>
- Ferreira, V., & Lima, I. (2023). Vivências de pacientes durante e após o tratamento de câncer: relato de experiência profissional em Psicologia em um ambulatório de onco-hematologia. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 11(2), 94-107.
- Giaxa, A. C. M., Tavares, E. N., Oliveira, T. P., & Eying, J. (2019). A utilização do jogo como recurso terapêutico no processo de hospitalização da criança. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22(1), 280-305.

- Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. (1996). Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9279.htm
- Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. (1998). Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm
- Leite, K. L., Yoshii, T. P., & Langaro, F. (2018). O olhar da psicologia sobre demandas emocionais de pacientes em pronto atendimento de hospital geral. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 21(2), 145-166. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.21.292>
- Leite, R. F. (2016). Caixa lúdica e novas tecnologias. *Estudos de Psicanálise*, 45, 145-148.
- Melo, M. B. (2003). *Interpretação do brincar na clínica psicanalítica*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Centro Universitário de Brasília.
- Mesquita, D. A., Silva, E. P., & Rocha, J. R., Júnior (2013). O psicólogo atuando junto à criança hospitalizada. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits*, 1(2), 89-96.
- Moura, M. M. D., Guimarães, M. B. L., & Luz, M. (2013). Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 393-404. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000011>
- Nascimento, L. C., Rocha, S. M. M., Hayes, V. H., & Lima, R. A. G. (2005). Crianças com câncer e suas famílias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(4), 469-474. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000400014>
- Penna, T. L. (2004). Dinâmica psicossocial de famílias de pacientes com câncer. In: J. Mello Filho, & M. Burd (Orgs.). *Doença e família* (pp. 379-389). Casa do Psicólogo.
- Pestana, A. C. C. (2019). *A importância dos materiais não estruturados e semiestruturados nas brincadeiras das crianças* [Dissertação de Mestrado não publicada]. Instituto Politécnico de Lisboa.
- Pinto, E. R. (2014). Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(1), 135-153.
- Ribeiro, K. M. M. (2018). *O brincar como recurso de enfrentamento da hospitalização e a visão dos familiares* [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Federal de São Paulo.
- Santos, P. M. D., Silva, L. F. D., Depianti, J. R. B., Cursino, E. G., & Ribeiro, C. A. (2016). Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 646-653.
- Souza, L. P., Silva, R. K. P., Amaral, R. G., Souza, A. A. M., Mota, É. C., & Oliveira, C. S. (2012). Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. *Rev. Rene*, 13(3), 686-692.
- Spironello, R. A., Silva-Comar, F. M. S., Cardia, G. F. E., Janeiro, V., Pedroso, R. B., & Cuman, R. K. N. (2020). Mortalidade infantil por câncer no Brasil. *Saúde e Pesquisa*, 13(1), 115-122.
- Velame, K. T., & Antunes, J. L. F. (2024). Cancer mortality in childhood and adolescence: analysis of trends and spatial distribution in the 133 intermediate Brazilian regions grouped by macroregions. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 27, e240003. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240003>

Terapia de Aceitação e Compromisso: Um Relato de Experiência de Intervenção em Grupo de Familiares de Crianças com TEA

Graciane Barboza da Silva¹ , Bruna Guindani² , Maria Eduarda Dalla Cort Vigano³ ,
Aldo Marcos Barp⁴  e Wemina Dias Soares⁵ 

Universidade Paranaense, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil

Resumo: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento geralmente diagnosticada ainda na infância, manifestada pela presença de déficits na comunicação social e a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento. Reconhecendo o impacto mental que afeta os familiares de uma criança diagnosticada com autismo e a falta de uma rede de apoio oferecida a eles, foi pensada e colocada em prática uma intervenção em grupo para familiares de crianças com TEA, a qual é o tema central deste trabalho. O grupo teve como objetivo principal a melhora da saúde mental dos participantes, valendo-se de técnicas delineadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que abrangem a aceitação, a defusão cognitiva, a definição de valores e o self como contexto. Por meio da troca de experiências e do acolhimento exercidos tanto pelos próprios familiares quanto pelos facilitadores, foi possível estabelecer um ambiente seguro e descontraído para os participantes, o que propiciou a expressão genuína de suas angústias e preocupações. Com base em estratégias propostas pela ACT, foram feitas dinâmicas e discussões com o propósito de exercitar a flexibilidade psicológica e a compreensão e aceitação das emoções, finalidades que foram realizadas com êxito ao final dos encontros, tendo os participantes demonstrado melhor bem-estar psicológico e uma capacidade maior de enfrentar os desafios associados ao TEA de maneira mais adaptativa.

Palavras-chave: transtorno do espectro autista, terapia de aceitação e compromisso, família, intervenção grupal

Acceptance and Compromise Therapy: an Experience Relate of Intervation in Family Groups of ASD Children

Abstract: The Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder that is usually diagnosed in childhood for bringing several commitments noticeable to the child's parents, that lead them to seek professional guidance. Considering the psychological impact on the family of a diagnosed child and the lack of a support network offered to them, an intervention for family groups with ASD children was designed and put into practice, which is the main topic of this article. The main goal of the groups was to improve the mental health of the participants, using the techniques described in Acceptance and Compromise Therapy (ACT), which include acceptance, cognitive diffusion, value definition, and self as context. The sharing of experiences and the welcome given by both the family members themselves and the mediators made it possible to create a safe and relaxed environment in which they could sincerely express their concerns and worries. Based on the strategies proposed by ACT, it was made dynamics and discussions aiming to

¹ Mestre em Educação. Docente do curso de Psicologia da Universidade Paranaense (UNIPAR). *E-mail:* gracianesilva@unipar.br

² Discente do curso de Psicologia da UNIPAR. *E-mail:* bruna.guindani@edu.unipar.br

³ Discente do curso de Psicologia da UNIPAR. *E-mail:* maria.vigano@edu.unipar.br

⁴ Discente do curso de Psicologia da UNIPAR. *E-mail:* aldo.barp@edu.unipar.br

⁵ Discente do curso de Psicologia da UNIPAR. *E-mail:* wemina.soares@edu.unipar.br

Submetido em: 25/06/2024. Primeira decisão editorial: 07/08/2024. Aceito em: 26/11/2024.

exercise the psychologic flexibility and the understanding and acceptance of emotions. The objectives were achieved at the end of the meetings, as the participants showed a better psychological well-being and a greater capacity to adapt to the challenges associated with ASD.

Keywords: autism spectrum disorder, acceptance and compromise therapy, family; group intervention

Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Relato de Experiencia de Intervención en Grupos de Familiares de Niños con TEA

Resumen: El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo, generalmente diagnosticada aún en la infancia por traer diversos comprometimientos perceptibles a los padres del niño, o que los llevan a buscar por orientación profesional. Reconociendo el impacto mental que afecta los familiares de un niño diagnosticado con autismo y la falta de una red de soporte ofrecida a ellos, fue pensada y colocada en práctica una intervención en grupo para familiares de niños con TEA, intervención que es tema central de este trabajo. El grupo tuvo como objetivo principal la mejora de la salud mental de los participantes, utilizándose de las técnicas delineadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que abarcan la aceptación, difusión cognitiva, definición de valores y el self como contexto. A través de la trueca de experiencias y del acogimiento ejercido tanto por los propios familiares cuanto por los mediadores, fue posible establecer un ambiente seguro y relajado para los participantes, lo que se ha proporcionado la expresión genuina de sus angustias y preocupaciones. Con base en estrategias propuestas pela ACT, fueran hechas dinámicas y discusiones con el propósito de ejercitar la flexibilidad psicológica, la comprensión y aceptación de las emociones, finalidades esas que fueron realizadas con éxito al final de los encuentros, teniendo los participantes demostrado mejor bien-estar psicológico y una capacidad mayor de enfrentar los desafíos asociados al TEA de la manera más adaptativa.

Palabras-clave: trastorno del espectro autista, terapia de aceptación y compromiso, familia, intervención grupal

Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno de neurodesenvolvimento de curso crônico, caracterizado principalmente por dois grupos de critérios, sendo eles déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos e padrões de comportamentos restritos e repetitivos, interesses ou atividades (Liberalesso, 2020). Esses sintomas podem ser reconhecidos desde a primeira infância e implicam na limitação ou prejuízos no funcionamento cotidiano da criança. A forma de apresentação dos sinais do autismo pode variar para cada indivíduo de acordo com a intensidade e gravidade dos sintomas, idade e nível de desenvolvimento (Christmann et al., 2017).

As crianças com TEA podem apresentar dificuldades nos comportamentos comunicativos verbais e não verbais, dificuldades em desenvolver, manter e compreender relacionamentos e regular suas emoções. Além disso, é comum também a presença de estereotípias verbais e motoras, disfunções sensoriais e inflexibilidade para mudanças (Duarte et al., 2018). Com o surgimento de uma visão desenvolvimentista sobre o autismo, o transtorno passou a ser compreendido como inerente ao indivíduo, mas também relacionado com os contextos de desenvolvimento em que ele está inserido (Corrêa & Queiroz, 2017).

Com as dificuldades em realizar tarefas comuns do cotidiano, as crianças com autismo dependem mais de seus cuidadores do que crianças típicas, demandando mais tempo. Dessa forma, os cuidadores das crianças com TEA abdicam dos aspectos pessoais para ter o tempo necessário para o cuidado de seus filhos, acarretando em diversas consequências (Christmann et al., 2017).

Os primeiros sintomas do autismo, geralmente, são reconhecidos pela família ou pessoas próximas à criança, tornando essas pessoas as principais aliadas na busca por respostas e se tornam partes integrantes do tratamento (Belin & Abrocasi, 2020). Antes mesmo do diagnóstico, o principal contexto afetado pelas consequências do transtorno é o familiar, no qual ocorrem diversas mudanças na estrutura, na rotina e nas relações, além de afetar emocionalmente os envolvidos (Damasceno et al., 2021).

Após o diagnóstico, o processo de aceitação é complexo e doloroso, pois se trata de algo nunca vivido, causando impacto nas mais diversas áreas da vida dos familiares. A descoberta do diagnóstico de autismo no filho traz aos membros da família diversos desafios e exige mudanças na dinâmica familiar. Uma das primeiras reações presentes nas famílias é o choque e a negação do diagnóstico, tornando-se um momento difícil, principalmente emocionalmente, é comum a presença de sentimentos negativos em relação ao diagnóstico do TEA, como raiva, culpa, negação e luto pela quebra de expectativa do “filho ideal”. Os familiares podem se sentir perdidos e inseguros em relação ao que se deve fazer. A aceitação do diagnóstico pode levar tempo e é um processo singular para cada família (Damasceno et al., 2021).

Quando o diagnóstico passa a ser aceito, as famílias entram no processo de busca por recursos e tratamentos adequados. Nesse aspecto, apresentam-se dificuldades na obtenção dos serviços adequados, necessitando da persistência das famílias, lutando por serviços e oportunidades de tratamento que possibilitem o desenvolvimento dos seus filhos. O autismo requer terapias e intervenções intensivas incluindo fonoaudiologia, terapia ocupacional e terapias comportamentais, que impactam nas condições financeiras da família, haja vista que esses tratamentos não são ofertados nas redes públicas de saúde, precisando ser custeados de forma particular (Alberti & Sponchiado, 2020). As dificuldades encontradas implicam, ainda, na maioria dos casos, nas questões do trabalho, em que algum dos pais (geralmente a mãe) precisa parar de trabalhar para se dedicar exclusivamente ao filho (Damasceno et al., 2021).

As formas de enfrentamento ao transtorno por parte da família podem variar, pois cada uma reage de uma forma, tornando-se processos singulares. De acordo com estudos realizados por Corrêa e Queiroz (2017), o enfrentamento pode ser passivo, em que há tentativas de ignorar as circunstâncias do autismo, acarretando no aumento do estresse e redução na qualidade de vida, e o enfrentamento ativo, no qual existe uma mobilização na busca de intervenções eficazes que melhorem a

qualidade de vida da criança, e está relacionado a menores níveis de estresse.

A qualidade de vida das famílias com crianças com TEA é, em sua maioria, afetada pelos sintomas e consequências do transtorno. De acordo com Damasceno et al. (2021), a sobrecarga física e emocional da mãe e familiares, o nível socioeconômico das famílias, a falta de profissionais capacitados, a falta de rede de apoio, dedicação exclusiva da mãe, altos níveis de estresse são alguns dos fatores que influenciam na redução da qualidade de vida dessas famílias. Isso pode implicar ainda em consequências no desenvolvimento da criança e limitações no decorrer do tratamento (Corrêa & Queiroz, 2017).

Além disso, observa-se que as famílias são pouco amparadas com informações e conhecimento a respeito da sintomatologia do TEA e como devem proceder diante disso. Nota-se que elas apresentam dificuldades na compreensão dos comportamentos atípicos e na comunicação das crianças com TEA, provocando, muitas vezes, condutas inadequadas dos pais ou cuidadores frente ao desconhecido (Cruz et al., 2021).

Além das dificuldades que englobam as questões familiares e emocionais, as famílias ainda precisam se preocupar na garantia dos direitos das pessoas autistas, precisando tornar-se suas defensoras incansáveis nessa luta. Conforme Cruz et al. (2021) apresenta, as crianças com autismo possuem direitos de igualdade, inclusão, acesso à saúde, acessibilidade e, muitas vezes, não são de fato aplicadas a elas, pois há um desconhecimento das características não fenotípicas que caracterizam o autismo, acarretando ainda mais nas dificuldades enfrentadas dessas famílias.

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de desenvolver estudos que contemplem as famílias das crianças com TEA, visando analisar o impacto do autismo nas famílias e promovendo intervenções que contribuam para a melhora na sua qualidade de vida (Cruz et al., 2021). Os futuros estudos podem ser realizados em torno das vivências dos demais familiares, também, grupos com pais, avós e irmãos se tornam possibilidades no estudo do impacto do autismo na família, pois é uma forma compreender a relação da família com a

criança com autismo a partir de várias percepções (Cruz et al., 2021).

Os estudos desenvolvidos por Damasceno et al. (2021) proporcionaram o conhecimento a respeito da qualidade de vida das famílias com crianças com TEA, e constatou-se que elas possuem uma baixa qualidade de vida devido às limitações que enfrentam no dia a dia. Dessa forma, observa-se uma grande necessidade de se desenvolver mais pesquisas que viabilizem a melhora da qualidade de vida de tais famílias. Além destes, Alberti e Sponchiado (2020) destacam a importância da intervenção precoce no tratamento das crianças com autismo, pois tendem a evoluir e ter uma vida autônoma e funcional. A intervenção precoce pode contribuir para o estabelecimento de redes de apoio formal ou informal coordenadas, assim, proporcionando o desenvolvimento da criança, acalmando as preocupações e necessidades da família e, conseqüentemente, aumentando o bem-estar e a qualidade de vida da criança e das pessoas à sua volta. Visto isso, nota-se a necessidade de realizar pesquisas em torno da intervenção precoce e a capacitação de profissionais da área que viabilizem este processo (Alberti & Sponchiado, 2020).

Belin e Abrocesi (2020) constataram através da pesquisa sobre as vivências das famílias após o diagnóstico de autismo do filho, a escassez de recursos e pesquisas sobre o tema, a carência de políticas públicas e a falta de profissionais especializados no tratamento dessas crianças. Portanto, fica clara a importância da realização de mais pesquisas como esta que ampliem de modo científico as concepções sobre o autismo, possibilitando a capacitação dos profissionais da área e evidenciando a necessidade de elaborar junto aos serviços públicos programas que permitam às crianças com TEA e suas famílias o acesso ao tratamento especializado (Belin & Abrocesi, 2020).

A respeito dos familiares, é indispensável a realização de estudos que os contemplem, bem como é apresentado por Carvalho-Filha et al. (2018) as dificuldades enfrentadas no dia a dia no cuidado da criança autista afetam diretamente a vida de seus pais ou familiares. Dessa forma, deve-se visar a elaboração de redes de suporte à família, tanto

de amigos e grupos de pais que convivem com o diagnóstico, quanto dos setores da educação e saúde, a fim de estimular o desenvolvimento dessas pessoas e proporcionar a inserção social para que a família possa viver de forma mais próxima dos contextos típicos (Carvalho-Filha et al., 2018).

Diante disso, o diagnóstico do autismo pode impactar na saúde mental dos familiares negativamente, causando sofrimento psíquico. Sob esse viés, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) se apresenta como uma possibilidade de intervenção para os familiares e pessoas próximas de crianças com autismo.

A ACT é um modelo de terapia que tem como base a Análise do Comportamento e a Terapia Cognitivo Comportamental. Criada em 1987 por Steven Hayes e colaboradores, a ACT foi uma das primeiras terapias advindas da terceira geração de terapias comportamentais, as chamadas terapias contextuais, que se referem a um grupo de modelos terapêuticos que compartilham de elementos comuns, baseados nas gerações anteriores (Lucena-Santos et al., 2015). Essa terapia altamente inovadora trouxe para a tradição behaviorista uma nova análise da cognição e uma mudança filosófica, que olha para a funcionalidade e para o contexto (Saban, 2015).

A ACT compreende que o sofrimento psíquico advém da tentativa do indivíduo de se esquivar ou encobrir sentimentos negativos, o que se nomeia como inflexibilidade psicológica. Apesar dos sentimentos negativos, tristeza, raiva, angústia, ansiedades e medos serem naturais durante a vida, somos ensinados culturalmente que tais sentimentos são coisas ruins e quando sentimos isso há algo de errado. Isso implica, portanto, na geração de sofrimentos no indivíduo. Dessa forma, a ACT trabalha no sentido da aceitação dos sentimentos indesejados que são inerentes aos sujeitos e que não há como controlá-los (Lucena-Santos et al., 2015).

A ACT é fundamentada pela teoria dos quadros relacionais, um programa de pesquisa que diz respeito às relações entre os estímulos e à linguagem humana, segundo essa teoria são nas relações entre os estímulos que estes ganham significado. De maneira geral, a ACT tem como finalidade proporcionar ao indivíduo a aceitação

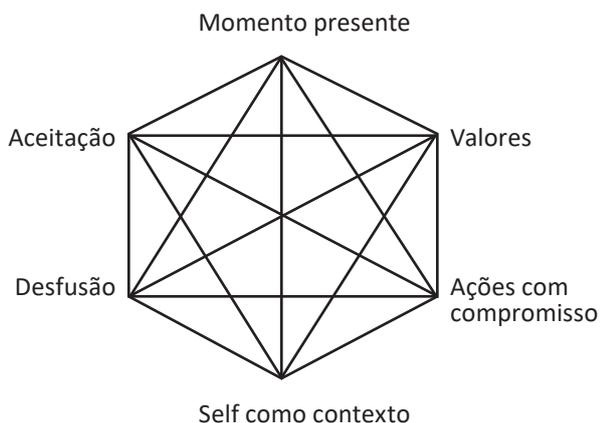
dos eventos encobertos desagradáveis que ele julga como negativos ou ruins, possibilitando assim maior flexibilidade psicológica. O sujeito tende a se esquivar de tais sensações ruins, implicando numa restrição de suas ações, portanto, fica impossibilitado de ter uma vida plena e de escolhas livres (Saban, 2015).

Para lidar com as situações aversivas, a ACT propõe a utilização da aceitação, da escolha e da ação; a aceitação é aplicada no contexto do que fazer com os eventos encobertos aversivos, pois, como são inevitáveis, o mais indicado é não apresentar resistência contra eles para que não haja sofrimento adicional. A escolha deve ser baseada na experiência de vida do indivíduo, para que suas decisões sejam mais consistentes e não sejam repetidos os erros do passado. Por fim, a ação está relacionada com os eventos futuros aos quais temos possibilidade de controle (Saban, 2015).

Para alcançar os objetivos de aceitação, escolha e ação, o processo terapêutico da ACT é baseado no hexágono da flexibilidade psicológica, o qual contém seis fases em que o cliente perpassa ao longo do processo. O hexágono da flexibilidade psicológica está descrito na Figura 1.

Figura 1

Hexágono da flexibilidade psicológica.



Inicialmente, o processo começa pelo lado esquerdo do hexágono — aceitação e desfusão — o qual visa levar o cliente a encontrar-se com suas experiências dolorosas e aceitá-las como elas aconteceram, desenvolvendo uma forma mais flexível de perceber seus sentimentos e emoções. Seguindo o hexágono, após passar pelo lado esquerdo, o terapeuta conduz as intervenções para

o lado direito, englobando os processos de valores e definição das ações. O lado direito diz respeito às possibilidades de construção de novos repertórios e levar o cliente a identificar seus valores pessoais. Já o meio do hexágono — momento presente e self como contexto — são condições necessárias para obtenção de sucesso dos dois lados (Saban, 2015).

As ferramentas utilizadas na clínica da Terapia de Aceitação e Compromisso são baseadas em uma linguagem pouco literal, pois, segundo a teoria, o comportamento verbal está relacionado com o domínio dos eventos aversivos. Por isso, são utilizados exercícios, metáforas e paradoxos inerentes. As metáforas não são racionais, vistas como uma imagem; o paradoxo inerente se constrói como uma contradição entre propriedades literais e funcionais de um evento verbal; já os exercícios possibilitam a demonstração de eventos encobertos em um ambiente seguro, de livre expressão (Saban, 2015).

Portanto, perante o exposto, o presente estudo tem por objetivo relatar uma experiência de intervenção em grupo com pais de crianças com TEA realizada em uma clínica escola de Psicologia de uma Universidade em um município do sudoeste do Paraná, baseada nos pressupostos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

Metodologia

O presente estudo é de natureza qualitativa, tratando-se de um relato de experiência, possui a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o CAAE nº 47207521.00000.0109, parecer nº 6.000.462, vinculado ao projeto de pesquisa “Transtorno do Espectro Autista indivíduos e seu contexto”.

O grupo foi realizado com familiares de crianças com TEA em uma clínica escola de Psicologia de uma Universidade em um município do sudoeste do Paraná, vinculado ao projeto de estágio específico de Intervenção ABA para crianças com autismo, na ênfase clínica do curso de Psicologia. Os encontros foram realizados semanalmente das 18 horas às 19 horas. O grupo foi constituído por oito participantes, sendo seis pessoas do gênero feminino e dois do gênero masculino, os encontros

aconteceram de setembro a novembro de 2022. Para a formação da intervenção, foram distribuídas listas em uma clínica especializada em tratamento para o TEA em crianças em que os pais deixaram seu interesse e contato, em seguida os organizadores entraram em contato via aplicativo de mensagens convidando-os para a realização do grupo.

O grupo foi pensado a partir da compreensão da necessidade de se trabalhar a saúde mental dos familiares de crianças com TEA. Para isso, foi utilizado por base teórica a ACT, que oferece contribuições para o enfrentamento do sofrimento psíquico, auxiliando no desenvolvimento de estratégias que possibilitem o processo de aceitação e compromisso das adversidades que perpassam pela vida (Saban, 2015). Os principais objetivos definidos foram as trocas de experiências entre os participantes sobre seus cotidianos e o fortalecimento emocional, além de criar um ambiente seguro em que os integrantes pudessem relatar abertamente sobre seus sentimentos em relação à convivência com o TEA. A Figura 2 mostra a descrição dos encontros, participantes, objetivos e as atividades realizadas em cada encontro.

Figura 2

Descrição dos encontros, participantes, objetivos e atividades realizadas.

Encontros	N° participantes	Objetivos	Atividades
Encontro 1	8	Apresentação inicial e criação do vínculo.	A partir da organização em um círculo, os integrantes voluntariamente se apresentaram, inicialmente com os nomes e relatando, se quisessem, suas vivências com o TEA. Os organizadores apresentaram-se e enfatizaram as questões éticas referentes aos encontros.
Encontro 2	1	Validação da experiência e aceitação.	O participante descreveu a rotina da semana, levantando as inquietações, dificuldades passadas, sentimentos e angústias.
Encontro 3	6	Validação da experiência e aceitação.	Expressão escrita em pequenos papéis, em relação aos sentimentos vividos pelos pais sobre o diagnóstico do TEA.
Encontro 4	8	Validação da experiência, aceitação e desfusão cognitiva	Compartilhamento entre os participantes sobre as palavras escritas na atividade do encontro anterior, e como os afetou. Roda de conversa e discussão dos sentimentos apresentados na atividade do encontro anterior.
Encontro 5	8	Validação da experiência, aceitação, desfusão e self como contexto.	Construção de cartazes em duplas ou trios, em que os pais poderiam escrever ou colar elementos que gostariam de falar a sociedade sobre as rotinas que eles viviam e o que desejavam ouvir das sociedades.
Encontro 6	8	Definição de valores e direção.	Relembrar os passos mais importantes para cada integrante no desenvolvimento do grupo, e a importância deste para eles. Exposição dos sentimentos dos participantes em relação à qualidade de vida e ao que esperam do futuro de seus filhos.
Encontro 7	8	Confraternização e encerramento.	Momento de lazer e descontração para os participantes do grupo e suas famílias.

Conforme a Figura 2, a realização do grupo teve ao total sete encontros. O primeiro encontro teve como principais objetivos a apresentação dos participantes e a criação do vínculo entre eles. Segundo Kerbauy (2008), a psicoterapia de grupo é uma possibilidade de interação entre o terapeuta e os participantes sobre um tema em comum. Para o estabelecimento do vínculo e obtenção de sucesso, é necessário que o facilitador enfatize os objetivos do grupo, as questões éticas e deixe aberto aos participantes colocarem questões, pois

assim a probabilidade dos participantes se sentirem confortáveis e estabelecer confiança para relatar o que realmente sentem aumenta.

O segundo encontro teve por objetivos a validação da experiência dos participantes e a aceitação. A validação da experiência é uma importante técnica de intervenção usada na ACT em resposta à vivência do paciente, ou, neste caso, a vivência do TEA para cada participante do grupo. Compreende-se que a validação é a forma do terapeuta comunicar aos pacientes que o ponto de vista e os sentimentos colocados por eles são compreensíveis e importantes e, assim, passarem a considerar novas possibilidades de busca por respostas (Luoma et al., 2007). Para isso, Luoma et al. (2007) apresentam as metáforas como uma comparação entre ela e a história do paciente, as semelhanças e possibilidades, auxiliando, portanto, no processo de validação. Em relação à aceitação, compreende-se como um método de intervenção que tem por objetivos aumentar a ação baseada em valores. A aceitação de eventos privados envolve o acolhimento ativo e consciência dos acontecimentos que acometem a vida, compreendendo que não é necessário tentar alterar sua forma e frequência (Luoma et al., 2007).

O terceiro encontro também foi conduzido em torno dos processos de validação da experiência e aceitação com exercício prático, em que os participantes expressaram seus sentimentos em relação ao TEA de forma escrita. Segundo Luoma et al. (2007), este exercício se constitui em transformar as emoções em objetos descritos e as reações divididas em elementos vivenciais, dessa forma, o terapeuta fornece a devida atenção aos aspectos dos eventos que foram evitados, tendo como principal objetivo o aumento da disposição e a flexibilidade de resposta.

No quarto encontro, além das técnicas de validação e aceitação, foi adicionada à intervenção a desfusão cognitiva, localizada ao lado esquerdo do hexágono da flexibilidade psicológica. O objetivo deste é construir novos contextos para experiências em que todas as técnicas utilizadas auxiliam no processo de distanciamento do indivíduo dos seus eventos encobertos, não de forma a deixá-los ou esquecê-los, mas entendê-los como são e vivenciá-los como tais para seguir o processo de aceitá-los (Saban, 2015).

Vale ressaltar que os resultados de construções culturais implicam em tentarmos não pensar e falar dos eventos encobertos, realizando tentativas falhas de mudá-los, ocasionando o sofrimento psíquico. A necessidade de controlar tais eventos surge pela fusão do que o indivíduo acredita com o conteúdo dos pensamentos, sentimentos e memórias em si e também entre a experiência e o seu relato, portanto, a fusão cognitiva é o processo que ocorre quando um símbolo equivale a um evento (Saban, 2015). Desta forma, o centro da desfusão cognitiva está na linguagem, pois ocasiona fusão com os conteúdos verbais e é limitada na compreensão de si mesmo, dificultando o processo de vivenciar a experiência como ela se apresenta, não considerando tais eventos como passageiros, tendendo a tentativas de controle emocional e a procura de motivos para os eventos encobertos (Saban, 2015).

O quinto encontro teve como objetivos a validação da experiência, a aceitação, a desfusão cognitiva e o self como contexto. O self como contexto é o método clínico de perspectiva de si mesmo. A capacidade humana de avaliar o mundo externo nos ensinou a fazer isso com nós mesmos, nos autodefinindo com adjetivos de valores e características, por exemplo. Todos esses aspectos que nos definem são construções verbais de comparação entre estímulos, comparação entre vários estímulos e o “eu”. Por conseguinte, quando nos definimos como determinados adjetivos passamos cada vez mais a agir da maneira como ele se apresenta, implicando na limitação do repertório e na possibilidade de ação, além de tornar o indivíduo mais insensível a contingências, ou seja, quando determinada situação ocorre na vida, o indivíduo continua agindo da mesma forma, sem considerar mudar seu modo de agir e perceber o evento como acontece de fato, mesmo sendo seres mutáveis. Diante disso, o self como contexto visa ampliar a compreensão do indivíduo sobre o conceito de si mesmo ser advindo de julgamentos e que olhar para si como um observador, favorece o contato com os eventos encobertos (Saban, 2015). Para isso, a ACT oferece como estratégias discussões, metáforas e exercícios para chegar a esses objetivos, bem como o exercício realizado no quinto encontro.

O sexto encontro foi voltado para a definição de valores e direção, os valores são a direção das ações, são construídos a partir das consequências desejadas para a vida. Um valor é estabelecido a partir do conceito de comportamento operante, o qual é selecionado a partir de suas consequências, ou seja, as consequências aumentam a probabilidade de uma resposta ocorrer novamente, chamamos isso de reforçamento. No senso comum, os reforços são conhecidos como o propósito das ações ou a finalidade delas. Deste modo, os valores definem a finalidade das ações do indivíduo de forma mais coerente. Diante disso, a estratégia de definição dos valores deve auxiliar o cliente na identificação dos objetivos específicos e na direção de suas ações e compreender que valores não dizem respeito a valorização de algo (Saban, 2015). Para isso, é indicado o uso de metáforas e exercícios, assim como apresentado no encontro seis, tomando as concepções sobre as direções das ações a serem tomadas na vida com o TEA.

O sétimo e último encontro teve por objetivo principal o encerramento das atividades do grupo. O encerramento aconteceu de forma a proporcionar um momento de descontração às famílias e seus filhos, pois foi perceptível a necessidade de momentos de lazer a partir dos relatos e exercícios do grupo, possibilitando a eles a melhora da qualidade de vida.

Discussão

Diante do que foi citado anteriormente, evidencia-se como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma possibilidade de intervenção voltada para a família, ao que tange o enfrentamento do diagnóstico do Transtorno Espectro do Autismo (TEA). A partir da intervenção grupal do presente trabalho, observa-se que os familiares puderam experimentar um espaço de acolhimento e escuta de seus sentimentos, haja vista que tais famílias em sua maioria possuem redes de apoio fragilizadas, são necessários espaços como este que as permitem falar abertamente sobre a vivência de ter um filho com TEA (Carvalho-Filha et al., 2018).

Além disso, o grupo mostrou-se de grande importância no acolhimento e direcionamento

de famílias que possuem crianças com TEA. Pois, segundo os estudos de Alberti e Sponchiado (2020), essas famílias relatam a dificuldade em manejar suas rotinas e lidar com os obstáculos que o transtorno causa em suas vidas, além da falta de suporte oferecido a elas e a seus filhos. Não é novidade que o número de diagnósticos de TEA nos últimos anos tem aumentado consideravelmente, isso tem acontecido graças ao avanço nas pesquisas e, conseqüentemente, ao aumento do conhecimento sobre os sinais do transtorno, resultando no diagnóstico precoce e com maior número de informações disponíveis sobre o assunto (Schmidt, 2017). Isso resulta em um número maior de famílias que são apresentadas a um novo mundo, antes desconhecido por muitas delas, no qual terão de se readaptar para oferecer melhores condições de desenvolvimento para a criança diagnosticada (Cruz et al., 2021). Assim, o grupo se tornou um espaço de troca de informações a respeito do TEA, novos conhecimentos entre os pais das crianças e novas percepções sobre ele, que antes desconheciam criando possibilidades de oferecerem melhores condições a seus filhos, bem como foi citado acima.

De acordo com os estudos citados de Damasceno et al. (2021), os principais sentimentos vivenciados pelos pais após o diagnóstico incluem raiva, negação, frustração, culpa, pensamento mágico e a busca pelos motivos. Tendo em vista o conhecimento sobre essas adversidades e a necessidade de trabalhar nessas famílias o enfrentamento e a diminuição do sofrimento psicológico, a ACT, através das técnicas descritas anteriormente como a validação da experiência, a aceitação, a definição de valores e direção, a defusão cognitiva e o self como contexto, propiciou a melhora da percepção desses pais em relação à vivência com o TEA.

Inicialmente, o grupo buscou criar o vínculo e confiança entre os participantes do grupo e, com isso, criar um ambiente confortável e seguro para que eles pudessem se expressar e compartilhar suas histórias de vida. Através da validação das experiências trazidas pelos pais, os orientadores puderam acolher e demonstrar como todas as situações descritas, sendo elas positivas, negativas

ou neutras, são integrantes da vida humana, além de poder observar que cada família trazia para o grupo a sua história, de forma singular, possuindo cada uma a sua importância (Saban, 2015). Geralmente, quando os pais recebem o diagnóstico do autismo de um filho, passam a ter pensamentos do porquê ter acontecido com eles e uma visão limitadora causada pelo diagnóstico (Damasceno et al., 2021). Sendo assim, a partir da validação, foi possível proporcionar o fortalecimento emocional dos pais, conhecendo várias histórias que, de certo modo, apresentaram sentimentos e experiências em comum, reduzindo o sofrimento e possibilitando o descobrimento de um significado na experiência de criar um filho com autismo.

O processo de desfusão cognitiva possibilitou a esses pais olhar para o evento de tal forma como ele aconteceu, o objetivo deste foi ampliar a visão do diagnóstico para além das limitações. Compreende-se que culturalmente quando tratamos de um diagnóstico logo pensamos em um evento negativo, resumindo o indivíduo a ele, e por isso deve se falar o quanto menos, ou até mesmo escondê-lo, acarretando em sofrimento tanto para os pais quanto para os filhos que acabam perdendo as oportunidades de desenvolvimento (Saban, 2015). A desfusão possibilitou a eles entender o evento de forma concreta, distanciando-o do evento que foi encoberto e criando novos contextos de experimentação do diagnóstico. Após a construção destes contextos e vivenciar o TEA como ele se apresenta, foi possível seguir para o processo de aceitação.

A aceitação possibilitou às famílias redescobrir significados e compreender novas direções para suas ações, novas oportunidades e busca pelas melhores condições. Através dos exercícios práticos propostos pela ACT, os participantes puderam observar que não estavam sozinhos nesta luta, e compartilharam sentimentos em comum, oportunizando-os acolherem-se uns aos outros. O processo de aceitação pode acontecer de forma singular a cada pessoa, pois os eventos encobertos são diferentes, a tomada de consciência desses eventos é um processo doloroso e que pode trazer sofrimento ao indivíduo (Saban, 2015). A

aceitação do diagnóstico do autismo de um filho pode ser demorada e dolorosa (Damasceno et al., 2021), no caso da intervenção grupal descrita, por se tratar de uma coletividade que compartilha de vivências similares, o processo pôde tomar rumos mais leves, minimizando o sofrimento dos pais.

O diagnóstico do TEA, como dito anteriormente, afeta consideravelmente a esfera familiar, em que muitos mudam a percepção de si mesmos em relação às novas descobertas (Carvalho-Filha et al., 2018). O self como contexto entra para trabalhar no grupo a própria identidade dos integrantes e ampliar as possibilidades de ação, pois o self como contexto está intimamente ligado às direções das ações a serem tomadas (Saban, 2015). Dessa forma, os participantes puderam desenvolver novas percepções de si que levassem a mudar a direção das ações frente às situações do dia a dia, ampliando o seu repertório, pois, quando passamos a acreditar nas próprias conclusões sobre nós mesmos, limitamos nossas ações, agimos como acreditamos que agimos, assim quando determinadas situações acontecem não temos a capacidade de agir diferente (Saban, 2015). Os envolvidos no núcleo familiar de indivíduos com TEA devem estar abertos a mudar a direção das ações, pois diariamente são colocados frente ao novo, a situações que nunca aconteceram, necessitando mudar a forma de agir, evidenciando a importância de trabalhar o self como contexto nas circunstâncias do autismo.

A ACT apresenta a definição de valores e a direção das ações como parte integrante do processo psicoterapêutico (Saban, 2015). No contexto de intervenção grupal com as famílias das crianças com TEA ela foi trabalhada a partir do que eles esperam para o futuro de seus filhos, pois sentem muitas incertezas em como agir, e como será o futuro dos filhos. Compreendendo a importância do grupo para tais desejos e as novas descobertas que os auxiliaram a definir seus valores, permitiu-os encontrar as direções das ações para agir de acordo com os valores estabelecidos, guiando-os para o que é importante ou significativo durante a vida, mesmo quando surgir os eventos desagradáveis. Dessa forma, essas famílias compreenderam a direção para viver as experiências juntamente com as limitações

do transtorno que perpassam a vida, alinhada com seus valores e princípios pessoais.

Por fim, o encontro de encerramento foi de extrema importância na vida dessas famílias. Como apresentado anteriormente, a dedicação ao filho com TEA os privaram de viver uma vida comum, sair para locais públicos com os filhos passou a ser algo quase impossível, além dos preconceitos advindos da sociedade, os momentos de descontração se tornaram raros, os pais acabam abdicando dos seus aspectos pessoais (Christmann et al., 2017). Tais famílias apresentaram uma carência de oportunidades de inserção dos filhos nos contextos típicos, diminuindo, assim, a qualidade de vida e aumentando o nível de estresse. Diante disso, um almoço foi pensado para o encerramento das atividades do grupo, a partir da demanda apresentada, os organizadores proporcionaram às famílias e seus filhos um momento de lazer e descontração, em que seus filhos fossem acolhidos e pudessem interagir com os demais, oportunizando a eles momentos que não costumam vivenciar.

Com o encerramento do grupo e as considerações sobre os resultados alcançados, foi possível identificar uma melhora dos pais na capacidade de flexibilizar seus sentimentos e comportamentos em direção aos seus filhos com autismo, isso é algo crucial para que eles possam lidar melhor com as situações desafiadoras e imprevisíveis que acontecem no dia a dia. Além disso, foi observado um aumento no autocuidado exercido pelos pais, afinal, antes não era reservado certo tempo de suas rotinas para pensarem em si próprios e, com a adesão ao grupo, passaram a olhar melhor para si mesmos e considerar que também precisavam e mereciam da sua atenção, tendo como consequência a melhora na saúde mental.

Considerações Finais

A realização do grupo terapêutico obteve êxito ao produzir um contexto propício à melhora da saúde mental dos participantes por meio de técnicas descritas pela Terapia de Aceitação e Compromisso, a qual forneceu a base teórica utilizada na execução da intervenção. Os principais objetivos do grupo foram

atingidos ao estabelecer a troca de experiências, o fortalecimento emocional, a criação de vínculos, a autodescoberta e outros diversos pontos positivos que foram relatados anteriormente. Sendo assim, o grupo demonstrou ter sido uma intervenção importante para promover o autocuidado dos familiares de crianças com autismo e os resultados positivos evidenciam a importância de se utilizarem abordagens terapêuticas focadas na aceitação e na compreensão de emoções neste contexto.

Devido às demandas apresentadas ao longo da realização da intervenção e a escassez de estudos encontrados na literatura sobre o assunto exposto neste trabalho, evidencia-se a necessidade da realização de mais pesquisas que contemplem intervenção com familiares e cuidadores de crianças com TEA. É importante que estudos futuros se façam em uma metodologia mais estruturada, com análises experimentais, delineamentos de linha de base múltipla e pesquisas quantitativas. Isso é desejável para que seja possível melhor avaliar os impactos de intervenções ACT em grupos de famílias de autistas, principalmente no que se refere ao impacto na saúde mental desses indivíduos.

Referências

- Alberti, G., & Sponchiado, D. A. (2020). Autismo: concepções de profissionais de diferentes áreas sobre a intervenção precoce. *Perspectiva*, 44(168), 35-47.
- Belin, C. A., & Abrocesi, S. (2020). Convivência familiar de crianças com transtorno do espectro autista: percepções e trajetórias. *Redes*, 3, 87-96.
- Carvalho-Filha, F. S. S., Silva, H. M. C., Castro, R. P., Moraes, I., Filho, & Nascimento, F.-L. C. (2018). Coping e estresse familiar e enfrentamento na perspectiva do transtorno do espectro do autismo. *Rev. Cient. Sena Aires*, 7(1), 23-30.
- Christmann, M., Marques, M. A. A., Rocha, M. M., & Carreiro, L. R. R. (2017). Estresse materno e necessidade de cuidado dos filhos com TEA na perspectiva das mães. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 17(2), 8-17.
- Corrêa, M. C. C. B., & Queiroz, S. S. (2017). A família é o melhor recurso da criança: análise das trocas sociais entre mães e crianças com transtorno do espectro do autismo. *Ciências & Cognição*, 22, 41-62.
- Cruz, A. C., Minetto, M., Weber, L., Oliveira, L. F., & Peron, C. (2021). "É tão difícil alguém vestir nossos chinelinhos": relatos de mães de crianças com TEA. *Revista de Psicologia*, 1(1), 85-96.
- Damasceno, B. C., Cunha, J. C. V., Fortuna, L. B., Lana, L. M., Pinto, M. D. C., Alves, P. A. B., Dias, A. M. N., Mendes, N. B. E. S., & Amaral, G. H. F. (2021). Análise da qualidade de vida das famílias de indivíduos com transtorno do espectro autista no município de Juiz de Fora-Minas Gerais. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 9907-9918.
- Duarte, C., Silva, L., & Velloso, R. (2018). *Introdução (5-10)*. Memnon.
- Kerbauy, R. R. (2008). Terapia comportamental de grupo. In M. Dalitti, P. Derdyk (Orgs.). *Terapia analítico-comportamental em grupo* (Vol. 1, pp. 17-30). ESETec.
- Liberalesso, P. (2020). Transtorno do espectro autista: evidências científicas no campo das intervenções terapêuticas. In P. Liberalesso, & L. Lacerda (Orgs.). *Autismo: compreensão e práticas baseadas em evidências* (pp. 13-26). M. V. Souza.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Oliveira, M. S. (2015). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais*. Sinopsys.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: an acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger.
- Saban, M. (2015). *Introdução a terapia de aceitação e compromisso*. Artesã.
- Schmidt, C. (2017). Transtorno do espectro autista: onde estamos e para onde vamos. *Psicologia em Estudo*, 22(2), 221-230.

A Relação entre a Espiritualidade e as Perturbações do Humor em Doentes com Esclerose Múltipla

Maria Filomena Soares de Azevedo Nascimento¹  e Luís Carlos Carvalho da Graça² 

Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal

Resumo: A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crónica, incapacitante e imprevisível que origina problemas físicos, psíquicos e sociais, com impacto na vida dos doentes. As perturbações do humor surgem com frequência associadas à doença podendo a espiritualidade constituir uma relevante estratégia de coping. O principal objetivo deste estudo é analisar a relação entre a espiritualidade e as perturbações do humor em doentes com EM. A amostra é composta por pessoas com esclerose múltipla, que, depois de informadas, se disponibilizaram a participar no estudo. O instrumento de colheita de dados selecionado foi o questionário, sendo constituído por três partes: 1) caracterização sociodemográfica e da situação clínica; 2) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de Pais-Ribeiro et al. (2004); 3) Daily Spiritual Experience Scale (DSES) de Underwood e Teresi (2002), validada em Portugal como Escala de Experiência Espiritual Quotidiana por Taranu (2011). Os resultados indicam que a idade dos participantes varia entre os 22 e os 70 anos, sendo o grupo mais representado o que varia entre os 35 e os 44 anos (37,3%), seguido pelo grupo etário que varia entre os 45 e os 54 anos (23,6%). Dos participantes, 70,8% pertencem ao sexo masculino, 34,8% são especialistas das profissões intelectuais e científicas, 19,3% pertence à categoria do pessoal administrativo e similares e 18,0% assumem-se como técnicos e profissionais de nível intermédio. Os resultados deste estudo demonstram ainda que 57% dos participantes assumem praticar algum culto ou prática religiosa. No que se refere à espiritualidade, na dimensão terrena, os scores variam entre 1 e 6, com média de $3,46 \pm 1,29$ e mediana 3,5. Os scores da dimensão divina também variam entre 1 e 6, com média de $3,8 \pm 1,52$ e mediana de 3,9. Quanto às perturbações do humor, 51,6% afirma já ter vivenciado episódios que envolvam ansiedade ou depressão ou stress. Por outro lado, 43,4% foram diagnosticados com mais que uma perturbação do humor em simultâneo. Os scores apurados pela EADS para a ansiedade variam entre 0-20, com média de $5,81 \pm 4,49$ e mediana 5; para a depressão, os valores oscilam entre 0-20, com média de $5,82 \pm 4,49$ e de mediana 5, observando-se no stress um mínimo de 0 e um máximo de 18, com média de $8,44 \pm 4,61$ e mediana de 8. Os resultados indiciam que a espiritualidade, a par da rede de suporte social, pode constituir uma importante estratégia de coping, devendo ser objeto de intervenção dos profissionais.

Palavras-chave: esclerose múltipla, espiritualidade, coping, perturbações do humor

The Relationship Between Spirituality and Mood Disorders in Patients With Multiple Sclerosis

Abstract: Multiple Sclerosis (MS) is a chronic, incapacitating and unpredictable disease that causes physical, psychological and social problems with an impact on the patient's life. Mood disorders are often associated with illness and Spirituality can be a relevant coping strategy. The main objective of this study is to analyze the relationship between Spirituality and mood disorders in patients with Multiple Sclerosis (MS). The sample is composed of people with multiple sclerosis who, after

¹ Doutoranda em Cuidados Paliativos. Mestre em Cuidados Paliativos. *E-mail:* filomena_nascimento1981@hotmail.com

² Doutor em Enfermagem. Professor da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

being informed, became available to participate in the study. The selected data collection instrument was the questionnaire, consisting of three parts: 1) sociodemographic characterization and the clinical situation; 2) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) of Pais-Ribeiro et al. (2004); 3) Daily Spiritual Experience Scale (DSES) by Underwood and Teresi (2002), validated in Portugal as Escala de Experiência Espiritual Quotidiana by Taranu (2011). The results indicate that the participants age ranges from 22 to 70 years, with the most represented group between 35 and 44 years (37.3%), followed by the age group between 45 and 54 years (23.6%). 70.8% of the participants are male, 34.8% are specialists in the intellectual and scientific professions, 19.3% belong to the administrative category, and 18.0% are technicians. The results of this study also show that 57% of the participants assume to practice some cult or religious practice. In the earthly dimension, scores range from 1 to 6, with a mean of 3.46 ± 1.29 and a median of 3.5. The scores of the divine dimension go from 1 to 6, with a mean of 3.8 ± 1.52 . 51.6% said they had experienced episodes involving anxiety or depression or stress and 43.4% were diagnosed with more than one mood disorder simultaneously. The scores calculated by EADS for Anxiety are between 0-20, with a mean of 5.81 ± 4.49 . For depression, the values ranged from 0-20, with a mean of 5.82 ± 4.49 . For stress the values range from 0-18, with a mean of $8.44 \pm 4, 61$. The results indicate that spirituality, in association with the social support network, can be an important coping strategy and should be object of professional intervention.

Keywords: multiple sclerosis, spirituality, coping, mood disorders

Introdução

A Esclerose Múltipla (EM) define-se como uma doença desmielinizante de etiologia ainda desconhecida, caracterizada por uma inflamação através da qual se verifica uma destruição das bainhas de mielina que envolvem os axónios dos neurónios cerebrais e medulares, podendo a sua evolução ser do tipo surto-remissão ou progressiva, de início ou após uma fase inicial de surtos (Kasper, 2006).

A mielina é produzida pelos oligodendrócitos, dentro do sistema nervoso, e funciona como revestimento isolador dos axónios. O seu principal objetivo é facilitar a transmissão dos sinais elétricos nervosos dentro do sistema nervoso central (Moura, 2010).

Trata-se, portanto, de uma “doença do sistema nervoso central . . . , onde a camada protetora das fibras nervosas (mielina) é lesada, influenciando de forma negativa as funções motoras, a sensibilidade, o equilíbrio, a fala, a visão e o controle dos esfíncteres” (Costa et al., 2005, p. 118).

Na atualidade, com os diversos tratamentos sintomáticos e terapias alternativas, é possível que o doente com EM experimente uma vida estável, trabalhando em conjunto com os profissionais de saúde, numa atitude preventiva de eventuais surtos e na aquisição de estratégias de sua superação (Braga, 2011).

As implicações da doença não se verificam apenas ao nível físico. Perante as alterações do estilo de vida decorrentes do diagnóstico, dependendo do doente e da fase da vida em que se encontra, poderão surgir perturbações emocionais e do humor (Braga, 2011).

A partir do momento em que o doente recebe a notícia do diagnóstico, tanto o humor como a afetividade podem sofrer alterações, manifestando-se na forma de euforia ou oscilações de ânimo, podendo a pessoa alternar entre o choro e o riso num curto espaço de tempo (Mendes et al., 2003).

Por vezes, ao diagnóstico de EM o doente vê somado um quadro de perturbação do humor, passando geralmente por depressão, ansiedade e stress (Cerqueira & Nardi, 2011).

Segundo Cerqueira e Nardi (2011, p. 12), “estudos recentes mostram que o risco de depressão em pacientes com EM é de aproximadamente 50% ao longo da vida, enquanto na população em geral é em torno de 10%”.

Quando não é tratada, esta perturbação do humor pode ser responsável por suicídios, com 7,5 vezes mais incidência do que na restante população (Holland, 2006).

Estudos realizados na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, no Brasil, indicam que “a depressão é frequente nos pacientes com EM e sugerem haver correlação entre a depressão e a incapacidade funcional” (Mendes et al., 2003, p. 591).

A imprevisibilidade da doença e o facto de ser detetada, maioritariamente, na idade adulta que é, normalmente, caracterizada pela estabilidade afetiva, emocional, profissional e social, o aparecimento da doença leva a pessoa a um conflito

interior, evidenciando outros sentimentos negativos para além da depressão, eventualmente geradores de ansiedade, stress e frustração (Braga, 2011).

Tal como com a depressão, a ansiedade surge associada à EM, sendo experienciada devido à evolução da doença ou a problemas específicos relacionados com outros aspetos da vida do doente (Mendes et al., 2003).

A ansiedade consiste num estado emocional caracterizado por sensações físicas de intensidade variável. Por outro lado, à presença da ansiedade e do medo inconsciente, podem estar associados desequilíbrios químicos no cérebro ou distúrbios hormonais (Pereira, M. G., 2008).

Para além de um quadro de ansiedade e depressão, também se encontram presentes sintomas de stress que se define como um mecanismo de reação que é ativado pelo indivíduo quando percebe um problema, libertando quantidades excessivas de adrenalina (Antonovsky, 1979).

Quer a ansiedade, quer a depressão podem surgir como sintomas emocionais e cognitivos de um quadro de stress (Lopes, 2009).

Na origem de um episódio de stress podem estar um ou vários acontecimentos normativos ou não normativos como é o caso do diagnóstico de uma doença grave (Lazarus & Folkman, 1984).

Para Trindade (2011), o confronto com o diagnóstico de EM implica que o doente possua estratégias de *coping* e recursos emocionais adaptados à situação.

Perante o choque inicial de se ver confrontado com uma doença irreversível, o doente, objetivando o seu bem-estar, procura estratégias de *coping* e resiliência, que poderão passar pela espiritualidade (Corsi, 2014). O que vem corroborar o preconizado por Peres et al. (2007), que defendem que a estratégia de adaptação à doença mais utilizada pelo ser humano é a espiritualidade.

A espiritualidade enquanto estratégia de *coping* face às perturbações do humor, como consequência do diagnóstico de esclerose múltipla, constitui um tema complexo por se tratar de uma das dimensões mais evidentes do ser humano perante o diagnóstico de doença incurável, dado o confronto dos doentes com a própria finitude (Bento, 2000).

Para Pais-Ribeiro e Pinto (2007, p. 47), a espiritualidade “é vista como um processo dinâmico, pessoal e experiencial, que procura a atribuição e significado no sentido da existência podendo coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso”.

Segundo Lourenço (2004, p. 99), a espiritualidade surge como “algo que dá sentido que nos satisfaz e encoraja no dia a dia a encarar os contratempos e as vicissitudes terrenas . . . , uma força invisível essencial nas nossas vidas”, orientando para um “sentido de continuidade e significação para a nossa existência”.

Assim, pode definir-se a espiritualidade como uma necessidade individual de busca pelo sentido de existência e relação com o divino. Contudo, não pode confundir-se com a religião que consiste num conjunto pré-definido de práticas e crenças pensados para facilitar essa mesma relação.

Num estudo mais recente com pacientes com vários tipos de câncer e, na mesma linha de pensamento, Oliveira (2020) defende que o autoconhecimento constitui um trilha a ser seguido na ampliação da fé, das crenças e da conexão com o Ser de Natureza Superior conduzindo à evolução espiritual e ao controle das emoções.

Também, Carvalho et al. (2023), face às repercussões do diagnóstico de câncer de mama num grupo de mulheres participantes de um estudo, refere que “a Religiosidade/Espiritualidade tem sido um recurso de enfrentamento prioritário, auxiliando no processo de aceitação do diagnóstico”.

Num trabalho intitulado *A espiritualidade no contexto da ciência da saúde*, Gerone (2020), estendendo a influência da espiritualidade a outras áreas, afirma que várias pesquisas constataam que a espiritualidade e a religião constituem fatores psicológicos e sociais imprescindíveis na saúde das pessoas e nos seus hábitos diários.

De acordo com o anteriormente exposto, a questão que orienta a investigação é: Qual a relação entre a espiritualidade e as perturbações do humor em doentes com EM? Assim, definiu-se como objetivo geral analisar a relação entre as perturbações do humor e a espiritualidade em doentes com EM.

Metodologia

A questão de investigação e os objetivos atrás mencionados guiam-nos no sentido de uma investigação quantitativa. Assim, procedeu-se à realização de um estudo quantitativo, observacional, transversal, e descritivo-correlacional, em que pretendemos descobrir a relação entre as variáveis.

População e Amostra

A amostra deste estudo, que decorreu em território português, abrange um conjunto de 161 doentes com esclerose múltipla, associados à SPEM, que depois de informados dos objetivos se disponibilizaram a participar no preenchimento dos instrumentos de colheita de dados.

Para a definição do tamanho da amostra, optou-se pela regra do polegar.

Tendo em consideração as características clínicas da doença, definiram-se os seguintes critérios de inclusão: a) Doentes com mais de 18 anos; b) Aceder a participar voluntariamente no estudo.

Questões Éticas

Após apreciação e decisão favorável, o pedido e respetivo projeto de investigação foram aceites pela direção da delegação do Porto. O presente estudo foi orientado com base no respeito pelos direitos dos seus participantes, tendo em conta os princípios éticos adequados ao tipo de estudo e à amostra.

Instrumentos de Recolha de Dados

O instrumento de colheita de dados selecionado foi o questionário, sendo composto por três partes:

Uma primeira parte é relativa à caracterização sociodemográfica e da situação clínica, construída para o estudo, tendo por base a revisão da literatura. Inclui variáveis que foram operacionalizadas em nominais, ordinais e quantitativas, optando-se pelas últimas, sempre que possível e adequado.

Para a avaliação das alterações do humor, optou-se pela Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de Pais-Ribeiro et al. (2004).

A EADS é composta por 21 itens que se dividem por três dimensões, depressão, ansiedade e stress, com sete itens cada.

A depressão abrange: disforia (um item); desânimo (um item); desvalorização da vida (um item); autodepreciação (um item); falta de interesse ou de envolvimento (um item); anedonia (um item); inércia (um item).

A ansiedade inclui: excitação do sistema autónomo (três itens); efeitos músculo-esqueléticos (um item); ansiedade situacional (um item); experiências subjetivas de ansiedade (dois itens).

O stress abrange: dificuldade em relaxar (dois itens); excitação nervosa (um item); facilmente agitado/chateado (um item); irritável/reacção exagerada (dois itens); impaciência (um item).

As respostas são dadas através duma escala tipo Likert, e as pontuações em cada dimensão variam entre zero e 21, sendo que a valores mais elevados correspondem estados de humor mais negativos.

A consistência interna foi avaliada através do Alfa de Cronbach, observando-se ser ligeiramente superior no presente estudo, comparativamente com o estudo de Pais-Ribeiro et al. (2004), sendo em todas as dimensões boa ou muito boa (Tabela 1).

Tabela 1

Consistência interna da EADS.

	Pais-Ribeiro et al. (2004)	Estudo
Ansiedade	0,74	0,85
Stress	0,81	0,89
Depressão	0,85	0,91

A autorização para a utilização das escalas foi solicitada e concedida pelos autores.

Para a avaliação da espiritualidade, recorreu-se à Escala de Experiência Espiritual Quotidiana (EEEQ) de Underwood e Teresi (2002), na versão portuguesa de Taranu (2011). Esta escala tem como objetivo a obtenção de um autorrelato das experiências espirituais quotidianas dos participantes e é composta por 16 itens que incluem áreas como a admiração, gratidão, compaixão, sentido de conexão, amor e desejo de proximidade com Deus.

Os primeiros 15 itens são medidos numa escala tipo Likert com 6 pontos (1 = muitas vezes

por dia, 2 = todos os dias, 3 = na maior parte dos dias, 4 = alguns dias, 5 = de vez em quando, 6 = nunca ou quase nunca). O último item, 16: “De um modo geral, quão próximo se sente de Deus?” foi construído numa escala tipo Likert com quatro categorias (1 = nada, 2 = algo próximo, 3 = muito próximo, 4 = tão próximo quanto possível) em forma oposta aos primeiros 15 itens. Trata-se de um item que pretende medir o grau de espiritualidade global.

Segundo Taranu (2011), trata-se de um instrumento unidimensional. No entanto, procedeu à sua análise fatorial exploratória e identificou três fatores.

Num primeiro momento, consideramos a estrutura apresentada pela autora, mas no nosso estudo revelou-se pouco consistente, pelo que optamos pela análise da estrutura fatorial.

Neste sentido, verificamos os pré-requisitos para a análise fatorial exploratória, observando-se que o Kaiser Mayer Olkin era 0,937, sendo significativo o teste de Barlett (aproximação Qui-quadrado = 2664,480; gl 120; sig 0,00), o que nos permitia prosseguir a análise. Para a extração de fatores, utilizou-se o método das componentes principais e para a extração do número de fatores teve-se em atenção o critério de Kaiser. Para a rotação dos fatores, utilizou-se a rotação ortogonal (Varimax), tendo emergido dois fatores, com uma variância acumulada de 72,94%. As dimensões ficaram constituídas da seguinte forma:

Tabela 2

Constituição das dimensões.

Itens	Dimensões	
	Terreno	Divino
Sinto-me guiado por Deus no decorrer das minhas atividades diárias	0,884	
Sinto, de uma forma muito direta, o amor de Deus por mim	0,873	
Peço a ajuda de Deus no decorrer das minhas atividades diárias	0,839	
Encontro forças na minha religião ou espiritualidade	0,831	
Sinto a presença de Deus	0,826	
Encontro conforto na minha religião ou espiritualidade	0,823	
Desejo estar mais próximo de Deus ou em união com Ele	0,803	
Sinto-me agradecido por todas as bênçãos divinas	0,784	
Durante o culto, ou noutras ocasiões, quando em contacto com Deus, sinto uma alegria que me eleva acima das preocupações diárias	0,773	
Sou espiritualmente tocado pela beleza da criação	0,725	
Sinto o amor de Deus, por mim, através dos outros	0,720	
De um modo geral, quão próximo se sente de Deus	0,710	
Aceito os outros, mesmo quando fazem coisas que penso que são erradas		0,884
Sinto um cuidado desinteressado pelos outros		0,773
Sinto-me em união com tudo aquilo que está vivo		0,633
Sinto uma profunda paz e harmonia interiores		0,563
Variância	65,04%	7,9%

A primeira dimensão denominou-se “Terreno”, constituída pelos itens 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15 e 16; e a segunda, “Divino”, sendo constituída pelos itens 2, 6, 13 e 14. A escolha do nome das dimensões prendeu-se com o assunto ao qual cada item se remetia. Se se tratava de uma questão mais ligada às questões terrenas com um maior distanciamento das questões divinas, integraria a dimensão “Terreno”; caso se verificasse uma maior relação com as questões espirituais os itens integrariam a dimensão “Divino”.

Observou-se muito boa consistência interna na Escala Total (0,96) e na dimensão Divino (0,97) e boa na dimensão Terreno (0,81). O alfa de Cronbach da escala total é ligeiramente superior ao do estudo de Taranu (0,92).

Relativamente à primeira parte do instrumento de colheita de dados, foi efetuado um pré-teste com 10 participantes, selecionados informalmente e que se disponibilizaram a colaborar, com o objetivo de avaliar a compreensão das questões, tendo-se procedido a alterações no que se refere à sua estrutura.

Procedimento de Recolha de Dados

Para a recolha de dados e, tendo presente o objetivo de estudo e as características da população, foi utilizado o questionário on-line. Pretendeu-se, com esta estratégia, aceder ao número máximo possível de associados e evitar os custos inerentes ao envio do questionário por correio tradicional.

Para verificar a funcionalidade do instrumento de recolha de dados, foi efetuado um pré-teste a 10 pessoas com EM, através de contactos informais.

Verificou-se pouca adesão dos participantes, pelo que houve necessidade de contactar a delegação da SPEM de Lisboa, que, após deliberação positiva por parte da direção, divulgou o instrumento de recolha de dados, de forma bem-sucedida.

No questionário, os participantes foram informados dos objetivos do estudo.

Após a recolha da informação, procedeu-se à importação da base de dados e à sua transformação da base de dados em Excel numa base em SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Tratamento de Dados

As informações dos questionários foram codificadas de forma a permitir o tratamento estatístico, tendo em consideração os objetivos do estudo.

Assim, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva, adequadas às variáveis quanto à escala de medida (distribuições de frequências, média, mediana, moda e desvio padrão).

Relativamente às medidas de associação, foram tidas em consideração as variáveis quanto à escala de medida e a normalidade de distribuição, e/ou assimetria ou curtose severas, utilizando-se a correlação de Pearson.

O nível de significância admitido foi de 5%.

O software utilizado foi o SPSS 22.0 para Windows.

Resultados

Os resultados deste estudo são apresentados em função dos objetivos propostos. Num primeiro momento, procede-se à apresentação descritiva dos dados e, posteriormente, à apresentação das medidas de associação.

Segue-se a descrição das características sociodemográficas.

Tabela 3

Distribuição conforme as características sociodemográficas (n = 161). continua

	ni	fi (%)
Sexo		
Masculino	114	70,8
Feminino	47	29,2
Grupo etário		
Menos de 24 anos	5	3,1
De 25 a 34 anos	34	21,1
De 35 a 44 anos	60	37,3
De 45 a 54 anos	38	23,6
De 55 a 64 anos	20	12,4
Mais de 65 anos	4	2,5
Estado Civil		
Solteiro	56	34,8
Casado	78	48,4
Divorciado	24	14,9
Viúvo	3	1,9
Habilitações Literárias		
Menos que Ensino Fundamental	5	3,1
Ensino Fundamental	21	13,0
Ensino Médio	46	28,6
Ensino Superior	89	55,2

As 161 pessoas com EM são maioritariamente do sexo masculino (70,8%). As idades variam entre 22 e 70 anos, com média de 42,32 ± 10,65 anos e mediana 43 anos. Quando consideramos os grupos etários, o mais representado é dos 35 aos 44 anos

(37,3%) e o menos representado é o que vai para além dos 65 anos (2,5%). Quanto ao estado civil, dos 161 participantes, a grande maioria são casados (48,4%), sendo o grupo menos representado o dos viúvos (1,9%). No que concerne às habilitações literárias, 55,2% completaram pelo menos um nível do Ensino Superior, seguidos dos participantes com o Ensino Médio (28,6%) e 3,1% não concluíram o Ensino Fundamental.

Tabela 4

Distribuição conforme ocupação segundo Classificação Nacional de Profissões (n = 161).

		ni	fi (%)
Profissão	Quadros Superiores da Administração Pública e Quadros Superiores de Empresa	8	5,0
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científica	56	34,8
	Técnicos e Profissões de Nível Intermédio	29	18,0
	Pessoal Administrativo e Similares	31	19,3
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	17	10,6
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	2	1,2
	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	7	4,3
	Trabalhadores Não Qualificados	2	1,2
	Estudantes	3	1,9
	Outros	6	3,7
Ativos	Sim	88	54,7
	Não	73	45,3
Motivo de Inatividade	Desemprego	9	12,3
	Incapacidade	27	37,0
	Reforma	30	41,1
	Outros Motivos	5	6,8
	Não responde	2	2,7

No que diz respeito à profissão, o grupo dos especialistas das profissões intelectuais e científicas é o mais representado com 56 participantes (34,8%), sendo os grupos dos operários, artífices e trabalhadores

similares e dos trabalhadores não qualificados os menos representados (1,2%). Dos 161 participantes, 54,7% são profissionais ativos e os restantes não exercem a sua atividade profissional (45,3%). Quanto aos motivos de inatividade, a reforma aparece como o mais representado (18,6%), seguido da incapacidade que representa 16,8% dos inquiridos inativos.

Tabela 5

Distribuição conforme os rendimentos do agregado familiar (n = 161).

		ni	fi (%)
Rendimento Agregado Familiar	Um salário mínimo	30	18,6
	Dois salários mínimos	37	23,0
	Mais de dois salários mínimos	94	58,4
Com quem vive	Sozinho	22	13,7
	Com familiares	138	85,7
	Com outras pessoas	1	0,6

Relativamente aos rendimentos por agregado familiar, 18,6% vivem com o equivalente a um salário mínimo nacional e 58,4% com um montante superior a dois salários mínimos nacionais. Quanto à composição do agregado familiar 13,7% das pessoas vivem sozinhas, 85,7% vivem com familiares e uma vive com outra pessoa.

Tabela 6

Distribuição conforme religião (n = 161).

		ni	fi (%)
Pratica alguma religião	Sim	92	57,1
	Não	69	42,9
Religião praticada (n = 92)	Católica	78	84,8
	Evangélica	1	1,1
	Islâmica	1	1,1
	Budista	1	1,1
	Testemunha de Jeová	1	1,1
	Crença Pessoal	3	3,3
	Espiritismo	7	7,6
Frequência cerimónias religiosas (n = 92)	Mais de uma vez/dia	5	5,4
	Diariamente	4	4,3
	Semanalmente	19	20,7
	Mensalmente	7	7,6
	Ocasionalmente	48	52,2

No que diz respeito às crenças religiosas, 42,9% dos participantes dizem não praticar qualquer religião, enquanto 92 dos restantes (57,1%) afirma praticar algum culto ou prática religiosa. Das 92 pessoas que referem alguma prática religiosa, a grande maioria segue a religião católica (84,8%). Relativamente às restantes 7,6% referem que são espíritas, 3,3% têm a sua crença pessoal e as menos representadas são as correntes evangélicas, o islamismo e o budismo com 1,1% cada (1,1%). Dos que praticam uma religião, a maioria frequenta cerimónias religiosas ocasionalmente (52,2%), seguido dos que o fazem semanalmente (20,7%). Os que frequentam diariamente ou mais que uma vez por dia são 9,7%.

Tabela 7

Distribuição conforme tempo de diagnóstico de esclerose múltipla e limitações (n = 161).

		ni	fi (%)
Tempo de Diagnóstico	Um ano ou menos	23	14,3
	De 1 a 5 anos	29	18,0
	De 5 a 10 anos	48	29,8
	10 anos ou mais	55	34,2
	Não responde	6	3,7
Limitações e correntes da EM	Sim	97	60,2
	Não	64	39,8
Especificação das limitações	Limitações físicas	73	75,3
	Limitações físicas e cognitivas	16	16,5
	Limitações cognitivas	2	2,1
	Não responde	6	6,2
Limitação a casa devido à EM	Sim	22	13,7
	Não	139	86,3
Dificuldade em deslocar-se devido à EM	Sim	67	41,6
	Não	94	58,4

O tempo de diagnóstico varia entre menos de um ano e 10 anos ou mais. A 34,2% das pessoas foi-lhes diagnosticada EM há 10 anos ou mais, constituindo o grupo mais representado. Por outro lado, a 14,3% a EM foi diagnosticada há menos de um ano e 6,2% não respondem. No que se refere a limitações, a maioria (60,2%) refere limitações decorrentes da EM. Das 97

pessoas que referem limitações, as mais citadas são limitações físicas (75,3%), seguidas das limitações físicas e cognitivas (16,5%), observando-se 6,2% de não respostas. Das 161 pessoas com EM 13,7% afirmam estar limitadas a casa devido à doença, e 41,6% refere dificuldades em deslocar-se.

Tabela 8

Distribuição conforme as perturbações do humor (n = 161).

		ni	fi (%)
Diagnóstico de perturbação do humor?	Sim	83	51,6
	Não	78	48,4
Especificação da perturbação de humor (n = 83)	Ansiedade	15	18,1
	Stress	10	12,0
	Depressão	22	26,5
	Ansiedade e/ou stress e/ou depressão	36	43,4
Medicação atual para perturbações de humor	Sim	63	39,1
	Não	98	60,9

Quanto ao diagnóstico de perturbações do humor, 51,6% dos participantes dizem já lhes ter sido diagnosticada perturbação do humor. Dos 83 participantes que referiram terem sido diagnosticados com perturbações do humor 43,4% estiveram perante o diagnóstico de mais de uma perturbação do humor, a 26,5% foi diagnosticada depressão, a 18,1% ansiedade e a 12,0% stress. Atualmente, 39,1% das pessoas encontra-se a tomar medicação para as perturbações do humor.

Tabela 9

Distribuição conforme relação com familiares e amigos (n = 161).

	Familiares		Amigos	
	ni	fi%	ni	fi%
Diariamente	109	67,7	103	64,0
Semanalmente	27	16,8	26	16,1
Mensalmente	7	4,3	11	6,8
Ocasionalmente	16	9,9	15	9,3
Não responde	2	1,2	6	3,7

Relativamente à rede social e à frequência da relação com amigos, a maioria dos participantes

(64%) afirma relacionar-se diariamente, 16,1% relaciona-se semanalmente, sendo que o restante se relaciona mensalmente ou ocasionalmente, havendo 3,7% que não respondem. Quanto à frequência da relação com familiares, 67,7% afirma ter relação diariamente, 16,8% relacionam-se semanalmente, e os restantes 14,2% relacionam-se mensalmente, ou ocasionalmente e 2 (1,2%) não responde.

Tabela 10

Distribuição conforme satisfação com familiares e amigos (n = 161).

	Familiares		Amigos	
	ni	fi%	ni	fi%
Nada satisfeito	11	6,8	9	5,6
Pouco satisfeito	8	5,0	11	6,8
Nem satisfeito nem insatisfeito	23	14,3	30	18,6
Satisfeito	62	38,5	65	40,4
Muito satisfeito	57	35,4	46	28,6

Relativamente à satisfação com amigos, a maioria revela-se satisfeito (40,4%) ou muito satisfeito (28,6%), sendo que 18,6% não se sentem nem satisfeitos nem insatisfeitos, e os restantes consideram-se pouco satisfeitos e nada satisfeitos. À semelhança do que acontece com amigos, na satisfação com os familiares a grande maioria divide-se entre o satisfeito (38,5%) e o muito satisfeito (35,4%). Os participantes que não se consideram nem satisfeitos nem insatisfeitos são 14,3% e os restantes dividem-se entre o pouco satisfeito (5%) e o nada satisfeito (6,8%).

Tabela 11

Distribuição das medidas de estatística descritiva de experiência da espiritualidade (n = 161).

	Mín- máx	Média ± desvio padrão	Mediana	P25-P75
Terreno	1 - 6	3,46 ± 1,29	3,5	2,5 - 4,25
Divino	1 - 6	3,85 ± 1,52	3,9	2,45 - 5,25

No que se refere à experiência da espiritualidade, na dimensão terrena, os scores variam entre 1 e 6, com média de 3,46 ± 1,29 e mediana 3,5. Os scores da dimensão divina também variam entre 1 e 6, com média de 3,8 ± 1,52 e mediana de 3,9.

Tabela 12

Distribuição das medidas de estatística descritiva das perturbações de humor.

	Mín- máx	Média ± desvio padrão	Mediana	P25-P75
Ansiedade	0 - 19	5,81 ± 4,49	5	2 - 9
Stress	0 - 18	8,44 ± 4,61	8	5 - 12,5
Depressão	0 - 20	5,82 ± 4,49	5	2 - 10

Quanto às perturbações de humor, a ansiedade e a depressão apresentam valores similares (ansiedade: média 5,81 ± 4,49; mediana 5; depressão: média 5,82 ± 4,49; mediana 5), observando-se valores superiores no stress (média 8,44 ± 4,61; mediana 8).

Com o propósito de dar resposta ao último objetivo, procedeu-se à análise da associação entre as dimensões da EEEQ e as perturbações de humor, recorrendo-se à correlação de Pearson.

Tabela 13

Correlações entre dimensões da espiritualidade e as perturbações do humor (correlação de Pearson).

	Depressão	Ansiedade	Stress
EEEQ – Divino	0,032	- 0,100	- 0,024
EEEQ – Terreno	0,164*	0,076	0,119

Conforme a Tabela 13, não se observa associação entre a EEEQ – Divino e nenhuma das dimensões das perturbações de humor. Relativamente à EEEQ – Terreno, observa-se uma associação positiva e baixa ($r = 0,164$; $\text{sig} = 0,038$) com a depressão, não se observando para as restantes dimensões da EADS.

Discussão dos Resultados

Os resultados sociodemográficos indicam que 70,8% dos participantes pertencem ao sexo masculino. Esta percentagem de doentes não se encontra em concordância com os estudos de Correia e Cordeiro (2008) que defendem que a EM afeta duas a três vezes mais as mulheres. No entanto, podemos estar perante um viés decorrente

do processo de seleção da amostra. Tal como havia sido referido, perante a dificuldade em contactar os doentes com EM, recorreu-se à SPEM que apoiou esta investigação, estabelecendo um primeiro contacto com os seus associados, o que limitou a seleção de uma amostra representativa. Cumulativamente, sendo a administração do instrumento de recolha de dados feita online, vê-se condicionado o acesso a ele, sendo permitido o seu preenchimento apenas aos participantes com acesso a computador e internet. Daqui, podemos depreender que os associados com um nível de ensino mais avançado e com conhecimentos informáticos tiveram mais facilidade a aceder ao seu preenchimento. Esta limitação pode ter influenciado a taxa de adesão por parte dos associados do sexo feminino e vem corroborar também os resultados relativos ao grau de ensino, pois 28,6% dos participantes tem o Ensino Médio e 37,9% concluiu um curso de graduação.

Também a ocupação dos participantes aponta neste sentido, uma vez que 34,8% são especialistas das profissões intelectuais e científicas, 19,3% pertence à categoria do pessoal administrativo e similares e 18,0% assumem-se como técnicos e profissionais de nível intermédio, conforme as designações da CNP. Reflexo de uma maior taxa de participantes com habilitações acima da média são, também, os rendimentos por agregado familiar, sendo que 23,0% dos associados vivem com dois salários mínimos e 58,4% com um montante superior a dois salários mínimos.

As idades dos inquiridos variam entre 22 e 70 anos, com média de $42,32 \pm 10,65$ anos, sendo o grupo mais representado o que varia entre os 35 e os 44 anos (37,3%), seguido pelo grupo etário que varia entre os 45 e os 54 anos (23,6%). Numa primeira impressão, estes resultados não estão em conformidade com a investigação de Correia e Cordeiro (2008) já mencionados, sendo que a EM é mais frequentemente diagnosticada entre os 20 e os 40 anos de idade.

Os resultados relativos à idade podem ser influenciados pelo tempo de diagnóstico decorrido até o preenchimento deste questionário. Um indivíduo que seja confrontado com o diagnóstico, por exemplo, aos 30 anos de idade e esse diagnóstico

tenha decorrido há 10 anos, encontra-se abrangido pelo grupo etário mais representado. Esta ideia é corroborada pelas percentagens de participantes que foram diagnosticadas com EM há 10 anos ou mais (34,2%) e há mais de 5 e menos de 10 anos (29,8%).

Quanto às implicações da doença, 60,2% dos associados referiram possuir limitações decorrentes da EM, sendo que 75,3% possui limitações físicas, 2,1% possui limitações cognitivas e 16,5% possui limitações físicas e cognitivas. Os resultados corroboram o estudo de Bradley (2008), no que se refere às limitações físicas, pois, segundo os autores, as áreas sensíveis afetadas dependem da distribuição e localização das lesões por desmielinização, potenciando a dependência. Assim, é possível depreender-se que a presente investigação obteve resultados concordantes com o quadro teórico, pois, para Trindade (2011), os sintomas mais frequentes incluem fadiga, alterações na marcha, alterações da função urinária, intestinal e sexual, alterações da sensibilidade, dor, alterações visuais e défices cognitivos. Ainda, conforme Braga (2011), a evolução da doença, bem como os sinais e sintomas, variam de pessoa para pessoa, conforme a localização anatómica, a extensão e a sequência temporal das lesões.

O mesmo se verifica quanto às limitações cognitivas, pois, embora Bradley (2008) refira que as limitações cognitivas mais frequentes são o défice de atenção, comprometimento da memória recente e do desempenho de tarefas cognitivas, maior dificuldade em solucionar problemas quotidianos e a diminuição da capacidade de processamento de informação, não determina a prevalência com que ocorrem.

Viu-se então que, no que diz respeito às limitações da doença, quer a nível físico, quer a nível cognitivo, os resultados obtidos estão em conformidade com a investigação de Trindade (2011), Braga (2011) e Bradley (2008), o que leva à reflexão sobre as dificuldades dos participantes em deslocarem-se devido à EM (41,6%), o confinamento a casa devido à doença (13,7%) e a percentagem de indivíduos inativos por incapacidade (37,0%). O tempo decorrido após o diagnóstico e à data do preenchimento do instrumento de recolha de dados pode ser significativo, na medida em que um maior período trará ao doente mais limitações físicas e cognitivas, potenciando situações de menor

mobilidade e maior dependência, elevando, assim, os números de inativos por incapacidade.

Embora as limitações físicas e cognitivas sejam significativas na vida dos doentes com EM, as suas implicações vão mais além dos aspetos físico e cognitivo, englobando todas as dimensões do ser humano. Segundo Braga (2011), dependendo do doente e da fase da vida em que se encontra, poderão surgir perturbações emocionais e do humor.

Um aspeto relevante a ter em conta quando referimos a eventualidade de o doente desenvolver ou não um quadro de perturbação do humor, é a rede social que o envolve.

Para Gusmão (2005), as alterações psicomotoras como a lentidão, a fadiga e a sensação de fraqueza levam, por norma, a um comprometimento da execução de tarefas laborais ou escolares, podendo conduzir os indivíduos ao isolamento social.

Contudo, no presente estudo, observa-se uma grande utilização da rede de suporte social, uma vez que 67,7% dos participantes se relaciona diariamente com familiares e 64,0% se relaciona diariamente com amigos. O contato semanal e mensal com familiares tem uma percentagem de 16,8% e 4,3%, respetivamente, e o contato semanal e mensal com amigos tem uma percentagem de 16,1% e 6,8%, respetivamente. Outro fator a considerar é a satisfação com amigos e familiares. Relativamente à satisfação com amigos, a maioria revela-se satisfeita (40,4%) ou muito satisfeita (28,6%), sendo que 18,6% não se sentem nem satisfeitas nem insatisfeitas. À semelhança do que acontece com amigos, na satisfação com os familiares, a grande maioria divide-se entre o satisfeito (38,5%) e o muito satisfeito (35,4%). Os participantes que não se consideram nem satisfeitos nem insatisfeitos são 14,3%. Os scores apurados relativamente à relação com familiares pode estar relacionado com o facto de 48,4% serem casados e residirem com os cônjuges. Embora, 4,8% serem solteiros e possam, eventualmente, residir com os pais, irmãos ou outros familiares, os resultados obtidos apenas dão acesso à percentagem de participantes, a residir com familiares (85,7%), não permitindo apurar a percentagem exata de solteiros a residir com familiares.

Não pode ser ignorado o facto de estarmos presente uma amostra que toma a iniciativa de travar contactos sociais em benefício próprio. É necessário ter presente que se trata de uma amostra proveniente de uma associação de doentes com um objetivo comum, ao qual todos recorreram por sua vontade e iniciativa. Mais uma vez, sai reforçada a limitação a este estudo, decorrente da técnica amostral, que não é probabilística.

Embora não tendo sido objetivo de o estudo avaliar o impacto da rede social e do contacto com familiares e amigos no desenvolvimento de perturbações do humor, ficou claro que 51,6% dos associados já foi diagnosticado com perturbação do humor, sendo que, deles, 26,5% teve depressão, 18,1% já sofreu de ansiedade, 12,0% referiu já ter vivido situações de stress e 43,4% já experienciou mais que uma perturbação do humor em simultâneo.

Quando o doente recebe a notícia do diagnóstico, o humor e a afetividade podem sofrer alterações, manifestando-se na forma de euforia ou oscilações de ânimo, podendo a pessoa alternar entre o choro e o riso num curto espaço de tempo (Mendes et al., 2003), passando geralmente por depressão, ansiedade e stress (Cerqueira & Nardi, 2011). As perturbações do humor surgem associadas à esclerose múltipla (Mendes et al., 2003), sendo experienciada devido à evolução da doença ou a problemas específicos relacionadas com outros aspetos da vida do doente. Perante o choque inicial de se ver confrontado com uma doença irreversível, o doente, objetivando o seu bem-estar, procura estratégias de *coping* e resiliência, que poderão passar pela espiritualidade (Corsi, 2014).

Várias investigações revelam a importância da espiritualidade na vida dos doentes com EM, apresentando uma correlação positiva entre a espiritualidade, a prática de religião e as melhorias no estado de saúde global (Makros & McCabe, 2003; Mohr et al., 2004). Num estudo elaborado por Brooks e Matson (1982), os doentes com EM identificaram como estratégias de *coping* a aceitação da doença, a proximidade com a família e a prática de religião. Também Mueller et al. (2001) estabelecem uma correlação positiva entre espiritualidade, participação religiosa e melhorias na saúde.

No presente estudo, é perceptível a concordância com investigações anteriores, pois 57,1% dos participantes afirma praticar algum culto ou prática religiosa ou possuir alguma crença espiritual. Dos praticantes, 9,7% fazem-no diariamente, 20,7% semanalmente e 52,2% ocasionalmente.

Assim, no que concerne à relação entre a espiritualidade e as perturbações do humor dos doentes com EM, ficou claro que a notícia do diagnóstico pode ser um fator gerador de perturbações do humor, sendo a espiritualidade a estratégia de *coping* mais usada e à qual é atribuída mais importância (Koenig & Larson, 2001). Outro estudo (McCord et al., 2004) revela que os doentes gostariam que os profissionais de saúde falassem com eles sobre espiritualidade e religião e, segundo Coelho (2011), pessoas que manifestaram que professam uma religião apresentam valores significativamente mais altos de bem-estar.

Para a avaliação da experiência espiritual, recorreu-se à DSES (Underwood & Teresi, 2002) na versão de Taranu (2011), em que valores mais elevados correspondem a uma experiência mais negativa.

Conforme Taranu (2011), a escala é unidimensional, no entanto, após análise factorial exploratória, observou três dimensões.

No presente estudo, optamos por proceder a Análise Factorial Exploratória da escala. Emergiram duas dimensões, que denominamos de terrena, uma vez que os itens eram relacionados com aspetos mais racionais e de relação com os outros, e uma outra dimensão, que denominamos de divina, mais relacionada com o sobrenatural e menos objetivo.

As subescalas revelaram boa consistência interna.

No que respeita à experiência da espiritualidade, na dimensão terrena, os scores variam entre 1 e 6, com média de $3,46 \pm 1,29$ e mediana 3,5. Os scores da dimensão divina também variam entre 1 e 6, com média de $3,8 \pm 1,52$ e mediana de 3,9. Constata-se que existe uma experiência mais positiva na dimensão terrena, o que pode estar relacionado com o facto de as pessoas procurarem na relação com os outros o conforto, a compreensão, o desabafo e a ajuda para as necessidades.

Quanto às perturbações de humor, a ansiedade e a depressão apresentam valores similares (ansiedade: média $5,81 \pm 4,49$; mediana 5; depressão: média $5,82 \pm 4,49$; mediana 5) observando-se valores superiores no stress (média $8,44 \pm 4,61$; mediana 8).

As médias superiores relativas ao stress podem decorrer de, tal como refere Antonovsky (1979), este ser um mecanismo de reação que é ativado pelo indivíduo quando entendido como um problema, enquanto a depressão pode ser identificada como um quadro clínico que, para Abelha (2014), perdura no tempo, trazendo prejuízos consideráveis à vida das pessoas e que afeta as rotinas, as tarefas e as atividades, das quais anteriormente retiravam prazer.

O stress é frequentemente entendido pelas pessoas enquanto um mal-estar, no entanto, também ocorre com manifestações biológicas como o aumento da frequência cardíaca, aumento da tensão arterial, insónia, cansaço extremo, perturbações gastrointestinais, cefaleias, lombalgias e tensão muscular (Margis et al., 2003), podendo ser situações com as quais as pessoas com EM se deparam habitualmente.

Para dar resposta ao objetivo geral, procedeu-se à análise da associação entre as dimensões da EEEQ e as perturbações de humor, recorrendo-se à correlação de Pearson, que não revela associação entre a EEEQ – Divino e nenhuma das dimensões das perturbações de humor. Relativamente à EEEQ – Terreno, observa-se uma associação positiva e baixa ($r = 0,164$; sig = 0,038) com a depressão, não se observando para as restantes dimensões da EADS.

A ilação que daqui se pode tirar é que um maior nível de espiritualidade se traduz em bem-estar geral mais elevado e pode ser vista como um fator facilitador de uma maior adaptação a desafios difíceis na vida dos doentes, causados pelas limitações decorrentes da doença.

Regista-se uma forte correlação entre stress, ansiedade e depressão, assim como uma grande associação entre terreno e divino, não se verificando associação entre espiritualidade e stress, ansiedade e depressão.

Estas associações são esperadas uma vez que se trata de dimensões de realidades idênticas, quer nas perturbações do humor, quer na espiritualidade.

O facto de não se encontrar grande associação entre a espiritualidade e as alterações de humor poderá decorrer das pessoas utilizarem outros mecanismos de *coping* para se confrontarem positivamente com a adversidade. A rede de suporte social que as pessoas identificam certamente poderá ser um desses fatores que contribuem para esta situação.

Mas também o facto de vários doentes já terem um longo tempo de doença poderá ser outro dos fatores que contribui para baixos níveis de depressão e ansiedade, pois o processo de adaptação à doença permitiu ir fazendo o luto e ir encontrando mecanismos de aceitação e uma vivência mais positiva.

Conclusões

No que concerne à relação entre a espiritualidade e as perturbações do humor dos doentes com EM, conclui-se que a notícia do diagnóstico pode ser um fator gerador de perturbações do humor, sendo a espiritualidade uma estratégia de *coping* usada.

A experiência espiritual foi avaliada através da DSES (Underwood & Teresi, 2002, validada em Portugal por Taranu, 2011), observando-se experiência mais positiva na dimensão terrena que na divina.

Quanto às perturbações de humor avaliadas pela EADS (Pais-Ribeiro et al., 2004), a ansiedade e a depressão apresentam valores similares (ansiedade: média $5,81 \pm 4,49$; mediana 5; depressão: média $5,82 \pm 4,49$; mediana 5), observando-se valores superiores no stress (média $8,44 \pm 4,61$; mediana 8).

Após a realização da análise da associação entre as dimensões da EEEQ e da EADS, depreende-se não haver associação entre a EEEQ – Divino e nenhuma das dimensões das perturbações de humor. Relativamente à EEEQ – Terreno, observa-se uma associação positiva e baixa ($r = 0,164$; $\text{sig} = 0,038$) com a depressão, não se observando para as restantes dimensões da EADS.

Assim, e embora não se encontre uma relação causa-efeito entre a espiritualidade e

as perturbações do humor, conclui-se que as pessoas que têm uma experiência mais positiva da espiritualidade na dimensão terrena têm menos tendência para se encontrarem deprimidas.

É de salientar que a presente amostra não representa as características da população com EM, pois estamos perante um grupo de pessoas que, fazendo parte de uma associação, parece ser proactiva e empenhada socialmente, o que poderá ter influenciado os resultados, nomeadamente no que se refere à associação entre as dimensões em estudo. É necessário ter presente que se trata de uma amostra proveniente de uma associação de doentes com um objetivo comum, ao qual todos recorreram por sua vontade e iniciativa. Mais uma vez, sai reforçada a limitação a este estudo, decorrente da técnica amostral, que não é probabilística, pelo que não se poderá proceder à generalização dos resultados.

No entanto, os resultados indiciam que a espiritualidade, a par da rede de suporte social podem constituir determinantes de confrontação, adaptação e resiliência, devendo ser objeto de intervenção dos profissionais. Ajudar na identificação da rede social de apoio para o doente, orientar para recursos da comunidade e atender às suas necessidades espirituais devem estar presentes nas práticas profissionais.

Com este estudo, fica em aberto a necessidade de se aprofundar outros estudos sobre espiritualidade e alterações de humor em populações com doença crónica. Assim, será útil o desenvolvimento de outros estudos com uma amostra representativa para apurar a relação entre a espiritualidade e as alterações de humor, e a influência que a rede social tem na sua vida, assim como para definir o estudo de outras determinantes de perturbações do humor.

Referências

- Abelha, L. (2014). Depressão: uma questão de saúde pública. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 22(3), 223.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass.
- Bento, A. (2000). *O sofrimento do doente internado em cuidados intensivos*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.
- Bradley, W. (2008). Neurology in clinical practice. *Neurology*, 1(61), 92-110.
- Braga, M. N. F. (2011). *Qualidade de vida e saúde mental em portadores de esclerose múltipla*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade da Beira Interior.
- Brooks, N. A., & Matson, R. R. (1982). Social-psychological adjustment to multiple sclerosis: A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 16(24), 2129-2135. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90262-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90262-3)
- Carvalho, S. M., Souza, K. S. S., Ferreira, M. B. L. S., Santos, M. A., Bittencourt, J. F. V., & Grincenkov, F. R. S. (2023, abril). Espiritualidade/religiosidade e rede de apoio na percepção de mulheres com câncer mamário. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 3, 61-77. doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/cancer-mamario
- Cerqueira, A. C. R., & Nardi, A. E. (2011). Depressão e esclerose múltipla: uma visão geral. *Revista Brasileira de Neurologia*, 47(4), 11-16.
- Coelho, J. C. Q. (2011). *Sofrimento e espiritualidade da pessoa com esclerose múltipla*. [Tese de Doutorado]. Universidade Católica Portuguesa.
- Correia, A. D. A. L. T. (2010). *Factores psiquiátricos e psicossociais na evolução clínica do doente submetido a transplante hepático: estudo longitudinal, prospectivo, observacional, analítico*. [Tese de Doutorado]. Universidade de Lisboa.
- Correia, J. S., & Cordeiro, C. (2008). *A esclerose múltipla*. Ambar.
- Corsi, G. (2014). Doença e crença religiosa: as diversas formas de significar as perdas na esclerose múltipla. *Saberes em Ação*, 2(3), 40-55.
- Costa, C. C. R., Fonteles, J. L., Praça, L. R., & Andrade, Â. C. (2005). O adoecimento do portador de esclerose múltipla: percepções e vivências a partir da narrativa de dois casos clínicos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18(3), 117-124.
- Gerone, L. G. T. (2020, setembro). A espiritualidade no contexto da ciência da saúde. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 1, 121-136. doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ciencia-da-religiao/ciencia-da-saude
- Gusmão, R. D. M. (2005). *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento*. [Tese de Doutorado]. Universidade Nova de Lisboa.
- Holland, J. (2006). A controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. *Psychooncology*, 7(7), 895-991.
- Kasper, G. (2006). Speech acts in interaction: towards discursive pragmatics. In K. Bardovi-Harlig, J. C. Felix-Brasdefer, & A. S. Omar (Eds.), *Pragmatics & language learning* (vol. 11, pp. 281-314). University of Hawai'i at Mānoa.
- Koenig, H., & Larson, D. (2001, maio). Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 67-78.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Lopes, V. A. P. (2009). *Vivências psicológicas, questões existenciais e estratégias de coping na pessoa em situação de cuidados paliativos*. [Tese de Mestrado]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Lourenço, I. (2004). *A espiritualidade no processo terapêutico*. Quarteto.
- Makros, J.; McCabe, M. (2003). The relationship between religion, spirituality, psychological adjustment, and quality of life among people with multiple sclerosis. *Journal of Religion and Health*, 42, 143-159.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003, março). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(supl. 1), 65-74.
- McCord, G., Gilchrist, V. J., Grossman, S. D., King, B. D., McCormick, K. F., Oprandi, A. M., Schrop, S. L., Selius, B. A., Smucker, W. D., Weldy, D. L., Amorn, M., Carter, M. A., Deak, A. J., Hefzy, H., & Srivastava, M. (2004). Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Journal Farm Med*, 2(4), 356-361.
- Mendes, M. F., Tilbery, C. P., Balsimelli, S., Moreira, M. A., & Barão-Cruz, A. M. (2003). Depressão na esclerose múltipla forma renitente-recorrente. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-A), 591-595.
- Mohr, D., & Genain, C. (2004, agosto). Social support as a buffer in the relationship between treatment for depression and T-cell production of interferon gamma in patients with multiple sclerosis. *J. Psychosom. Res.*, 57(2), 155-158.
- Moura, A. L. A. (2010). *Percepção de contraste e perdas neurais na esclerose múltipla*. [Tese de Doutorado]., Universidade de São Paulo.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225-1235.

- Oliveira, V. C. C. A., Correia, K. L. C. L., Leal, J. C., & Macêdo, M. G. L. (2020, novembro). Relação da conexão “Eu-Deus” em pacientes portadores de câncer. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 11, 42-55. doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/portadores-de-cancer
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Pinto, C. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- Pereira, A. (2008). *SPSS: guia prático de utilização* (7a ed.). Sílabo.
- Pereira, M. G. (2008). Morbilidade psicológica e representações da doença em doentes com esclerose múltipla: um estudo de validação da Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(12), 283-298.
- Peres, M., Arantes, A., Lessa, P., & Caous, C. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e nos cuidados paliativos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(supl. 1), 82-87.
- Taranu, O. (2011). *Estudo da relação entre resiliência e espiritualidade numa amostra portuguesa*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa.
- Trindade, J. M. O. (2011). *Visão atual sobre a pessoa portadora de esclerose múltipla*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Beja.
- Underwood, L., & Teresi, J. (2002). The daily spiritual experience scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *The Society of Behavioral Medicine*, 24(1), 22-33.

Associação entre Uso de Maconha, Estresse, Ansiedade e Depressão em Universitários do Sul do País

Giordano Panfilio Rizziolli¹ , Leticia Chaffin Barbosa Peruffo²  e Fabiana Antunes de Andrade³ 

Universidade Positivo, Curitiba, Paraná, Brasil

Hospital de Clínicas da UFPR, Curitiba, Paraná, Brasil

Universidade Positivo, Curitiba, Paraná, Brasil

Resumo: O objetivo deste estudo foi investigar se há associação entre o uso de maconha e a manifestação de sintomas relacionados ao estresse, ansiedade e depressão em estudantes universitários de uma instituição privada em Curitiba. Método: trata-se de um estudo transversal e analítico, onde foi utilizado o teste qui-quadrado para análise de dados. Os dados foram apresentados em frequência absoluta (N) e relativa (%), enquanto os quantitativos foram expressos como média \pm desvio padrão (DP). Foi utilizado um questionário online dividido em três seções: perfil socioeconômico, escala DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) e escala SDS (Severity of Dependence Scale) para dependência de maconha. Resultados: participaram do estudo 291 estudantes (64,3% mulheres, 35,4% homens e 0,3% não binário), com média de idade de 22 anos (DP \pm 3,5). Do total, 34,4% dos estudantes relataram uso de maconha no último mês, sendo que 52% destes foram considerados dependentes. Além disso, os considerados dependentes, de acordo com os critérios utilizados, apresentaram significativamente mais sintomas de estresse (90,4%), ansiedade (84,6%) e depressão (90,4%) quando comparado aos não dependentes ($p < 0,05$). Conclusão: os resultados deste estudo apontam uma associação entre a dependência de maconha e sintomas de depressão, ansiedade e estresse entre estudantes de uma universidade privada de Curitiba, destacando a necessidade de abordagens preventivas e de intervenção na saúde mental dessa população.

Palavras-chave: uso da maconha, depressão, ansiedade, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas

Association between Marijuana Use, Stress, Anxiety, and Depression in University Students from the South of the Country

Abstract: The purpose of this study was to investigate whether there is an association between marijuana use and the manifestation of symptoms related to stress, anxiety, and depression in university students from a private institution in Curitiba. Method: This is a cross-sectional and analytical study, where the chi-square test was used for data analysis. Data were presented in absolute frequency (N) and relative frequency (%), while quantitative data were expressed as mean \pm standard deviation (SD). An online questionnaire divided into three sections was used: socio-economic profile, DASS-21 scale (Depression, Anxiety, and Stress Scale), and SDS scale (Severity of Dependence Scale) for marijuana dependence. Results: A total of 291 students participated in the study (64.3% women, 35.4% men, and 0.3% non-binary), with

¹ Cirurgião-dentista. Acadêmico do curso de Medicina. Universidade Positivo (UP). *E-mail:* gprizziolli@gmail.com

² Médica. Residente de Clínica Médica. Hospital de Clínicas da UFPR (HC-UFPR). *E-mail:* peruffoleticia@gmail.com

³ Doutora em Genética Humana. Universidade Positivo (UP). *E-mail:* fabiana.andrade@up.edu.br

Submetido em: 31-01-2024. Primeira decisão editorial: 23-08-2024. Aceito em: 08-11-2024.

a mean age of 22 years (SD \pm 3.5). Of the total, 34.4% of students reported marijuana use in the last month, with 52% of these being considered dependent. Furthermore, those considered dependent according to the criteria used, significantly exhibited more symptoms of stress (90.4%), anxiety (84.6%), and depression (90.4%) compared to non-dependents ($p < 0.05$). Conclusion: The results of this study indicate an association between marijuana dependence and symptoms of depression, anxiety, and stress among students at a private university in Curitiba, highlighting the need for preventive approaches and intervention in the mental health of this population.

Keywords: marijuana use, depression, anxiety, substance-related disorders

Introdução

Distúrbios psiquiátricos são prevalentes na população universitária. No contexto brasileiro, observou-se que, entre os estudantes de Medicina, uma proporção de 34,6% apresentou sintomas depressivos, enquanto 37,1% manifestaram sintomas de ansiedade, dados que agravam-se entre o décimo e o décimo primeiro períodos do curso. Essas estatísticas foram obtidas a partir de uma pesquisa envolvendo 743 estudantes de Medicina (Moutinho et al., 2017). Através de uma metanálise que reuniu 24 estudos, concluiu-se que os estudantes de Medicina possuem maior prevalência de depressão do que a população geral (Ibrahim et al., 2013). Todavia, estudantes de diferentes cursos superiores no Brasil também são afetados; 37,75% possuem sintomas ansiosos, 28,51% possuem sintomas depressivos e 9,10% possuem comportamento suicida (Demenech et al., 2021).

É importante destacar que, de acordo com a World Health Organization (WHO, 2023a), o estresse pode ser compreendido como um estado de preocupação ou tensão mental desencadeado por situações difíceis. Por sua vez, a ansiedade, conforme definida pela American Psychological Association (2018), é uma emoção caracterizada por apreensão e sintomas somáticos de tensão, nos quais um indivíduo antecipa perigo iminente, catástrofe ou infortúnio. Quanto à depressão, esta pode ser explicada como um humor deprimido ou perda de interesse e prazer em atividades por longos períodos de tempo (WHO, 2023b).

Outra problemática presente na realidade universitária é o uso da *cannabis*. Observa-se que 65,3% dos estudantes de Medicina da Universidade de São Paulo já utilizaram, ao menos uma vez, maconha durante a graduação (Araujo et al., 2021). Sabe-se também que a utilização desta substância está associada a piores resultados em educação (Arria et al., 2015; Mullin & Cservenka, 2024; Pacheco-Colón et al., 2019). Além disso, o uso de maconha por estudantes foi relacionado a irritabilidade, ciclotimia e depressão (Danielsson et al., 2016; Infortuna et al., 2020). Sintomas de insônia, psicose, depressão e ansiedade também foram associados ao consumo de *cannabis* (Bernardini et al., 2018; Rabiee et al., 2020; Wong et al., 2019).

Similarmente, entre estudantes da área da saúde de uma universidade privada de Porto Alegre, foi constatada relação entre o uso de drogas e sintomas de ansiedade, depressão e estresse, bem como afirmou-se que a utilização de uma substância (lícita ou ilícita) pode servir como porta de entrada para as demais (Beneton et al., 2021). Ainda, entre estudantes de Enfermagem de uma universidade pública de Minas Gerais, foi observado que, quanto maior o nível de depressão e/ou estresse e/ou ansiedade, maior foi o consumo de maconha (Pires et al., 2019). Tais afirmações apontam uma vulnerabilidade entre os estudantes universitários.

Neste contexto, considerando tais prevalências e gravidade tanto do consumo de maconha quanto de sintomas depressivos e ansiosos entre estudantes universitários, o objetivo deste estudo é verificar se há existência de uma possível relação entre o consumo de maconha e sintomas de estresse, ansiedade e depressão dentre os estudantes universitários de uma universidade privada de Curitiba.

Método

Este é um estudo transversal, analítico envolvendo os estudantes matriculados nos cursos de graduação de uma universidade particular de Curitiba com idade maior ou igual a 18 anos. Foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa registrado na Plataforma Brasil (CAAE: 64220522.2.0000.0093).

Os critérios de exclusão do estudo foram o não consentimento com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o estado da matrícula trancada ou suspensa no momento da pesquisa e a residência no exterior do Brasil. Foram incluídos como usuários de maconha aqueles que tivessem utilizado a droga no último mês. O objetivo do estudo é de investigar as diferenças nas prevalências de estresse, ansiedade e depressão entre estudantes que fazem uso de maconha e aqueles que não fazem. Além disso, avaliar a prevalência do uso de maconha entre esses estudantes, considerando variáveis como gênero, idade, etnia, renda familiar mensal e área de estudo na graduação.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário online por meio da plataforma Google Forms. Este formulário foi enviado via grupos de WhatsApp, redes sociais (Instagram) e *e-mail* dos acadêmicos. Foram contatados centros acadêmicos e organizações atléticas para que o questionário possa ter sido divulgado a mais estudantes.

Primeiramente, os estudantes tiveram acesso ao TCLE. Após o aceite, o questionário foi constituído por três seções:

1. Perfil sociodemográfico
2. *Severity of Dependence Scale* (SDS) para maconha (Ferri et al., 2000)
3. *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) (Vignola & Tucci, 2014)

No perfil sociodemográfico foram feitas perguntas sobre: idade, gênero, ano da graduação, área do curso, etnia e rendimento mensal familiar.

A seção 2 teve início com a pergunta “Você fez uso de maconha no último mês?”, se a resposta fosse afirmativa, o participante era conduzido à aplicação da escala *Severity of Dependence Scale* (SDS), a qual foi traduzida e validada por Ferri et al. (2000), permitindo uma análise da possível dependência de maconha. Esta escala é composta por cinco itens autoadministrados que investigam o uso da maconha, bem como a possível falta que ela faria. Swift et al. (1998) estabeleceram um ponto de corte capaz de indicar dependência de *cannabis*,

com uma especificidade de 82%. Por outro lado, caso a resposta fosse negativa quanto ao uso de maconha no último mês, o participante era direcionado diretamente para a seção 3.

Já a seção 3 consistia na escala DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scale*), validada em português brasileiro por Vignola e Tucci (2014). A DASS-21, composta por 21 itens, é subdividida em sete itens para avaliação da depressão, sete para a ansiedade e sete para o estresse. A estrutura fundamental da DASS foi estabelecida com base no modelo tripartido de ansiedade e depressão, o qual sugere que os transtornos do afeto, e suas variações, existem como uma interligação contínua entre depressão, ansiedade e estresse (Vignola & Tucci, 2014).

Consideramos usuários de maconha aqueles que relataram ter utilizado a droga no último mês, já que, de acordo com a World Health Organization (2014), o uso de determinada droga no último mês é classificado como usuário leve. Usuários de maconha foram considerados dependentes quando tiveram pontuação maior ou igual a três na SDS (Swift et al., 1998). A presença de sintomas de estresse, ansiedade e depressão foi considerada como normal, leve, moderada, grave e extremamente grave conforme a escala DASS-21 e seus valores de referência (Tabela 1) (Lovibond & Lovibond, 1995).

Tabela 1

Valores de corte para a definição de níveis de estresse, ansiedade e depressão como normal, leve, moderado, grave e extremamente grave conforme escala DASS-21.

	Estresse	Ansiedade	Depressão
Normal	0-7	0-3	0-4
Leve	8-9	4-5	5-6
Moderado	10-12	6-7	7-10
Grave	13-16	8-9	11-13
Extremamente grave	≥ 17	≥10	≥ 14

As informações coletadas foram registradas em uma planilha do Microsoft Excel. Para a análise dos dados, utilizou-se o software estatístico SPSS

v.22.0. As variáveis foram apresentadas em frequência absoluta (N) e relativa (%), enquanto as variáveis quantitativas foram expressas como média \pm desvio padrão (DP). A análise inferencial compreendeu o emprego do teste estatístico Qui-Quadrado. Valores de p abaixo de 0,05 foram determinados como estatisticamente significativos com base em critérios prévios que estabeleceram esse limiar como padrão para rejeitar a hipótese nula (Mansournia et al., 2022).

Resultados

Foram incluídos no estudo 291 estudantes da graduação de instituição de ensino privada, dos quais 64,3% (n = 187) eram mulheres, 35,4% (n = 103) eram homens e 0,3% (n = 1) se identificava com gênero não binário. A média de idade foi de 22 anos (\pm 3,5). A maioria dos participantes se identificava com a etnia branca (90,4%), tinha renda familiar acima de 5 salários mínimos (67,4%) e eram alunos de cursos da área de Biológicas/Saúde (60,1%) (Tabela 2).

Tabela 2

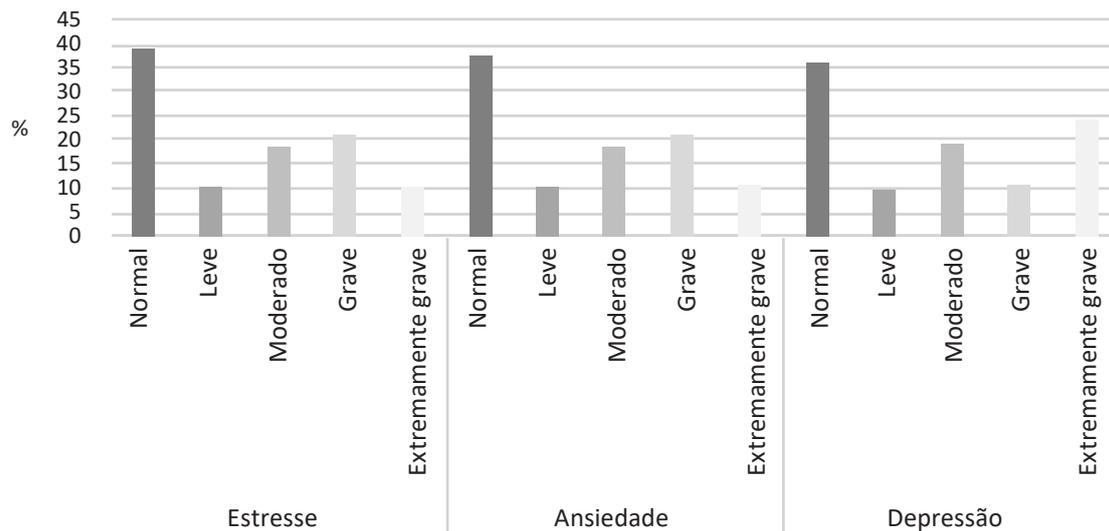
Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

		N	%
Gênero	Feminino	187	64,3
	Masculino	103	35,4
	Não binário	1	0,3
Etnia	Amarela	6	2,1
	Branca	263	90,4
	Parda	20	6,9
	Preta	2	0,7
Renda mensal familiar	Menos de 1 salário mínimo	3	1,0
	De 1 a 2 salários mínimos	25	8,6
	De 2 a 3 salários mínimos	39	13,4
	De 3 a 5 salários mínimos	28	9,6
	Mais de 5 salários mínimos	196	67,4
Área do curso de graduação	Biológicas/Saúde	175	60,1
	Exatas	53	18,2
	Humanas	63	21,6

A prevalência de estresse, ansiedade e depressão entre os estudantes foi de, respectivamente, 60,8% (n = 177), 62,5% (n = 182) e 63,9% (n = 186). A Figura 1 detalha a prevalência dessas comorbidades em seus diferentes níveis de gravidade entre os participantes deste estudo.

Figura 1

Prevalência de estresse, ansiedade e depressão em seus diferentes níveis de gravidade entre todos os participantes do estudo.



Do total, 34,4% (n = 100) dos estudantes haviam feito uso de maconha no último mês, sendo 52,0% (n = 52) desses considerados dependentes da droga, segundo o score SDS (Ferri et al., 2000). O perfil sociodemográfico comparativo entre os universitários que haviam feito uso de maconha no último mês e os que não haviam está na Tabela 3. A média de idade foi de 22 anos ($\pm 3,7$) entre os não usuários e de 21 anos ($\pm 3,1$) entre os usuários (p = 0,389). Houve diferença significativa (p = 0,008) na prevalência dos gêneros entre os usuários e os não usuários de maconha, sendo maior a frequência de homens usuários (46%) que não usuários (29,8%), enquanto o oposto é observado para as mulheres (53% versus 70,2%, respectivamente).

Por outro lado, não foi observada diferença significativa entre etnia e uso ou não de maconha, com um valor de p = 0,912 para essa análise. Da mesma forma, a renda salarial também não demonstrou significância ao ser comparada entre usuários e não usuários de *cannabis* (p = 0,548).

Tabela 3

Perfil sociodemográfico comparativo entre os estudantes que haviam feito uso de maconha no último mês e os que não haviam. *continua*

		Não usuários de maconha		Usuários de maconha		P
		N	%	N	%	
Gênero	Feminino	134	70,2	53	53,0	0,008
	Masculino	57	29,8	46	46,0	
	Não binário	0	0,0	1	1,0	
Etnia	Amarela	4	2,1	2	2,0	0,912
	Branca	174	91,1	89	89,0	
	Parda	12	6,3	8	8,0	
	Preta	1	0,5	1	1,0	

Tabela 3

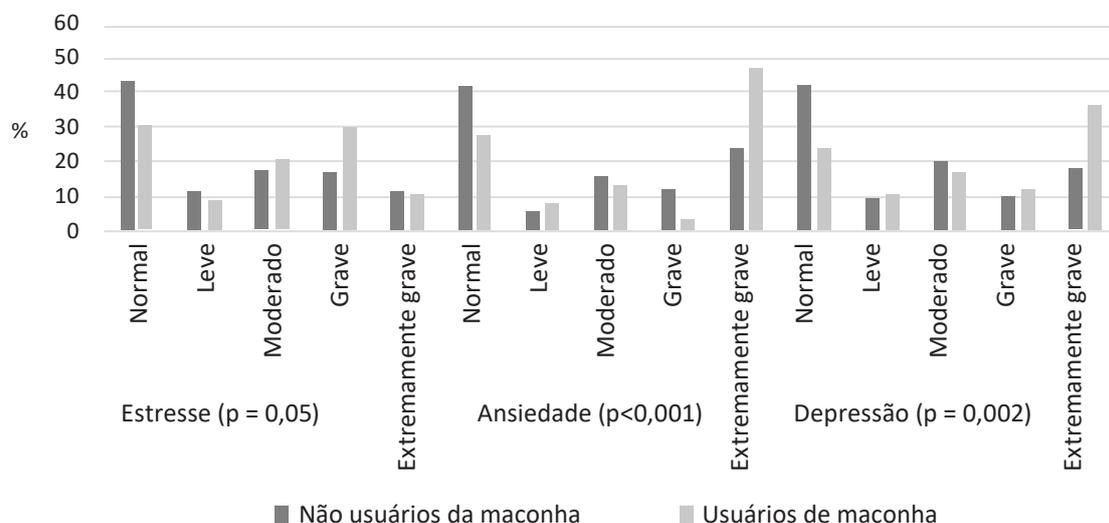
Perfil sociodemográfico comparativo entre os estudantes que haviam feito uso de maconha no último mês e os que não haviam. *conclusão*

		Não usuários de maconha		Usuários de maconha		p
		N	%	N	%	
Renda mensal familiar	Menos de 1 salário mínimo	2	1,0	1	1,0	0,548
	De 1 a 2 salários mínimos	18	9,4	7	7,0	
	De 2 a 3 salários mínimos	25	13,1	14	14,0	
	De 3 a 5 salários mínimos	22	11,5	6	6,0	
	Mais de 5 salários mínimos	124	64,9	72	72,0	
Área do curso de graduação	Biológicas/Saúde	121	63,4	54	54,0	0,150
	Exatas	35	18,3	18	18,0	
	Humanas	35	18,3	28	28,0	

No que se refere especificamente à associação entre uso de maconha e estresse, ansiedade e depressão, houve maior prevalência de estresse ($p = 0,050$), ansiedade ($p < 0,001$) e depressão ($p = 0,002$) entre os usuários de maconha do que entre os não usuários. A presença de alteração leve, moderada, grave e extremamente grave de estresse foi de 66,0% ($n = 107$) entre não usuários e 70,0% ($n = 70$) entre usuários, enquanto, para ansiedade foi de 57,6% ($n = 110$) e 72,0% ($n = 72$), respectivamente. Já para depressão foi observada uma frequência de 57,6% ($n = 110$) em não usuários e 76,0% ($n = 76$) em usuários. A prevalência comparativa de estresse, ansiedade e depressão em seus diferentes níveis de gravidade entre os usuários e os não usuários de maconha está descrita na Figura 2.

Figura 2

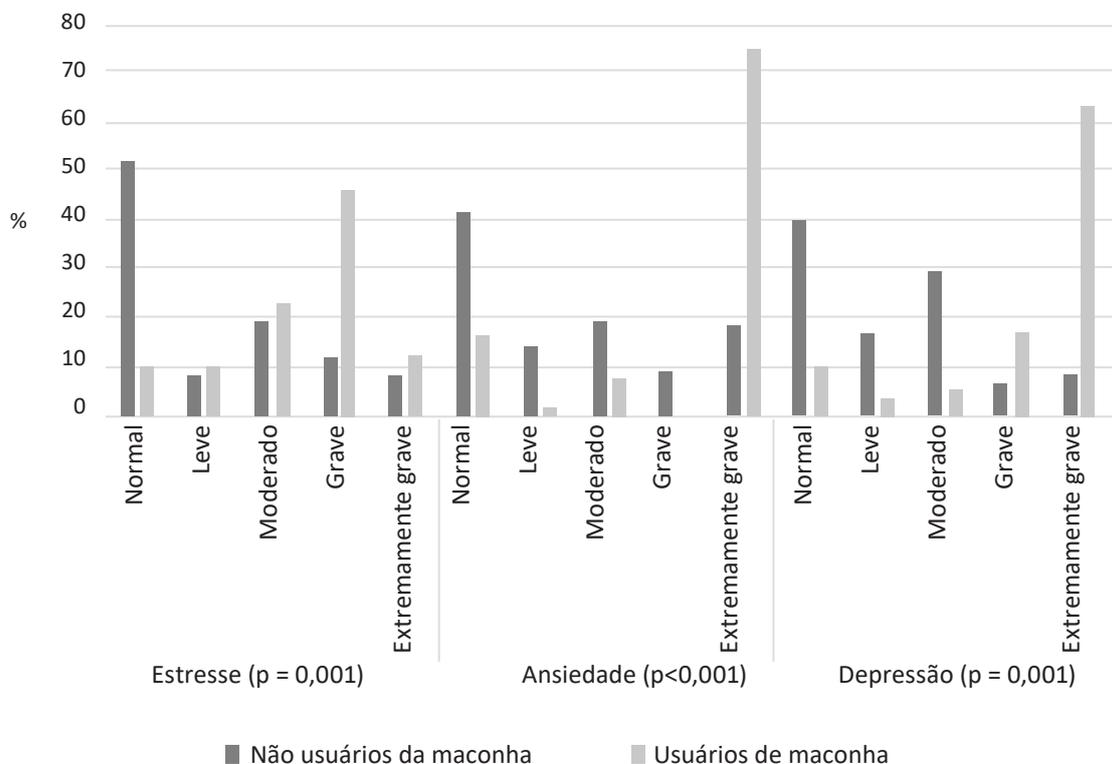
Prevalência comparativa de estresse, ansiedade e depressão em seus diferentes níveis de gravidade entre os usuários e os não usuários de maconha.



A diferença nas prevalências de estresse, ansiedade e depressão entre os usuários de maconha dependentes da droga e os usuários de maconha não dependentes da droga, de acordo com o score SDS, apresentou uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) para todas as três comorbidades. A prevalência entre os não dependentes e os dependentes de maconha, respectivamente, de estresse foi de 47,9% ($n = 23$) e 90,4% ($n = 47$), de ansiedade foi de 58,3% ($n = 28$) e 84,6% ($n = 44$) e de depressão foi de 60,4% ($n = 29$) e 90,4% ($n = 47$) (Figura 3).

Figura 3

Prevalência comparativa de estresse, ansiedade e depressão em seus diferentes níveis de gravidade entre os usuários dependentes e os usuários não dependentes de maconha.



Discussão

Estresse, ansiedade e depressão tiveram prevalências gerais semelhantes na população de estudo, porém consideradas elevadas acometendo mais da metade dos estudantes. Esses resultados são notadamente maiores que os encontrados por outro estudo que utilizou a escala DASS-21 em 1074 estudantes de graduação de uma universidade na Philadelphia, EUA. Tal estudo encontrou prevalências de 18,4% de depressão, 23,6% de ansiedade e 34,5% de estresse (Ramón-Arbuebes et al., 2020).

Já um estudo que utilizou a mesma escala em 247 estudantes de Odontologia na Arábia Saudita obteve resultados mais próximos aos do presente estudo (55,9% de depressão, 66,8% de ansiedade e 54,7% de estresse) (Basudan et al., 2017). O presente estudo teve uma frequência maior de estudantes da área de Biológicas/Saúde (60,1%), o que pode ter contribuído para o resultado, uma vez que alguns estudos indicam esses estudantes como uma população de risco para transtornos psiquiátricos (Ibrahim et al., 2013; Lima et al., 2019; Serra et al., 2015).

Outro dado interessante encontrado por este estudo é que 34,4% dos estudantes universitários relataram ter feito uso de maconha nos últimos 30 dias. Essa porcentagem é consideravelmente maior do que os 26,9% de estudantes universitários brasileiros que relataram ter utilizado a droga em algum momento da vida, como encontrado em um estudo comparativo observacional (Eckschmidt et al., 2013).

Contudo, o presente estudo encontrou que proporcionalmente mais homens utilizam maconha, o que vai ao encontro do risco relativo de 1,55 (IC 95% 1,32-1,81) para o uso de maconha por homens comparados a mulheres obtido pela mesma metanálise (Papazisis et al., 2018).

Os níveis de estresse, ansiedade e depressão foram significativamente maiores entre estudantes usuários de maconha que entre os não usuários. Além disso, diferenças ainda maiores foram encontradas entre usuários dependentes e usuários não dependentes de maconha, chegando ao inquietante dado de que 63,5% dos estudantes dependentes de maconha têm depressão extremamente grave e de que 75,0% têm ansiedade extremamente grave.

Comparativamente, em um estudo brasileiro envolvendo estudantes com idades entre 18 e 35 anos, que buscou comparar a incidência de ansiedade e estresse entre homens e mulheres utilizando a escala DASS-21, foram encontradas prevalências notavelmente baixas, com apenas 1,4% para depressão extremamente severa e somente 0,5% para ansiedade extremamente severa (Martins et al., 2019). Esses resultados ressaltam ainda mais a gravidade das prevalências encontradas no presente estudo, que mostrou altos índices de ansiedade e depressão extremamente graves entre os estudantes dependentes de maconha.

A prevalência aumentada de ansiedade e depressão entre usuários de maconha também foi obtida por um artigo que analisou estudantes de engenharia usuários de maconha e encontrou prevalências de depressão de 33% e de ansiedade de 60% (Vaziri-Harami et al., 2022).

Do mesmo modo, Pires et al. (2019) conduziram um estudo transversal e descritivo com o objetivo de investigar as associações entre o uso problemático de drogas e os sintomas de ansiedade, estresse e depressão. Os resultados revelaram uma

associação positiva entre o uso de maconha e os sintomas depressivos, além de indicar que níveis mais elevados de ansiedade estavam relacionados a um maior uso de maconha.

A relação entre o consumo de maconha e depressão e/ou ansiedade já havia sido indicada em estudos anteriores. Uma metanálise que buscou analisar em que medida diferentes padrões de uso de maconha estão associados ao desenvolvimento de depressão encontrou um *odds ratio* de 1,62 (IC 95% 1,12-2,16) para o desenvolvimento de depressão entre pessoas com uso pesado de maconha, comparadas a pessoas com uso leve ou sem uso de maconha (Lev-Ran et al., 2014). Esta revisão sistemática incluiu 14 estudos longitudinais e mais de 76 mil pessoas.

Outra metanálise, dessa vez envolvendo 31 estudos em 10 países, que teve como objetivo avaliar quantitativamente a relação entre ansiedade e uso de *cannabis*, encontrou um *odds ratio* de 1,68 (IC 95% 1,23-2,31) para ansiedade entre pacientes com dependência e/ou abuso de maconha (Kedzior & Laeber, 2014). Na Suécia, três coortes envolvendo 1.100 mulheres, ao buscar uma associação entre o uso de *cannabis* e ansiedade e depressão, demonstraram associação entre ansiedade e uso de maconha (Rabiee et al., 2020).

Para complementar, Horwood et al. (2012) exploraram ligações entre o uso de *cannabis* e depressão. Nesta análise, a frequência do uso de maconha estava diretamente relacionada à gravidade dos sintomas de depressão em coortes australianas, as quais englobavam 6.900 pessoas.

Embora a existência de uma associação positiva entre uso de maconha, ansiedade e depressão esteja cada vez mais clara, a fisiopatologia por trás dessa relação ainda instiga dúvidas (Gobbi et al., 2019; Ma et al., 2021; Urits et al., 2020).

Em um estudo recente que investigou a conectividade funcional e efetiva em usuários de maconha, foram identificadas importantes contribuições para a compreensão dessa associação. Os resultados revelaram diferenças significativas na conectividade efetiva entre regiões cerebrais específicas, como o córtex cingulado anterior, o córtex pré-frontal medial e a ínsula, além do aumento da conectividade funcional entre o córtex

amigdalino direito e o córtex amigdalino esquerdo em usuários de maconha (Ma et al., 2021).

Shollenbarger et al. (2019) investigaram os possíveis efeitos da exposição à *cannabis* no processamento emocional em um estudo envolvendo 159 indivíduos. Utilizando ressonância magnética funcional, eles descobriram que, entre os usuários de maconha, uma maior conectividade intrínseca bilateral do córtex cingulado anterior rostral estava associada a níveis mais elevados de sintomas depressivos subliminares. Essas descobertas sugerem relação entre o uso da droga e uma conectividade frontolímbica anormal, particularmente em áreas relacionadas ao controle cognitivo e à regulação emocional.

Não obstante, através de uma metanálise, Yanes et al. (2018) objetivaram identificar regiões cerebrais que demonstrassem consistentemente alterações funcionais entre usuários de maconha, utilizando estudos de neuroimagem. Os resultados revelaram que o uso de *cannabis* estava associado a alterações funcionais no cérebro, afetando caracteristicamente áreas responsáveis pelo controle cognitivo, busca e resposta a recompensas, além do processamento da dor.

De forma mais específica, observou-se que o uso de *cannabis* resultava em uma diminuição da ativação do córtex cingulado anterior e do córtex pré-frontal dorsolateral, enquanto havia um aumento da atividade no estriado. Essas descobertas realçam a complexidade das alterações neurobiológicas associadas ao uso de *cannabis* e suas implicações potenciais para o funcionamento cognitivo e comportamental (Yanes et al., 2018). Além disso, foi observado que estudantes com níveis mais elevados de ansiedade tendem a fazer mais uso de maconha (Teeters et al., 2020), o que sugere a possibilidade de um ciclo vicioso.

Essas alterações na conectividade funcional e efetiva são indicativas de perturbações na comunicação entre regiões cerebrais envolvidas no processamento emocional e na regulação do humor. A maior conectividade efetiva entre o córtex cingulado anterior e o córtex amigdalino esquerdo, por exemplo, sugere uma maior sensibilidade à resposta emocional negativa, o que pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos em usuários de maconha (Ma et al., 2021).

Considerações Finais

Em conclusão, nossos resultados indicam uma associação entre o uso e, principalmente, a dependência de maconha com a presença e a intensidade de sintomas de estresse, de ansiedade e de depressão, chegando às prevalências de 75,0% de ansiedade extremamente grave e de 63,5% de depressão extremamente grave entre estudantes universitários dependentes de maconha, de acordo com os critérios de dependência adotados.

Este estudo apresenta algumas limitações que merecem consideração. Primeiramente, o critério diagnóstico para dependência foi baseado exclusivamente em uma escala, portanto pode não ser assertivo. Recomenda-se que futuras pesquisas incorporem mais critérios diagnósticos, potencialmente incluindo critérios específicos para o uso de *cannabis*.

Outro ponto a ser destacado é sobre sua validade externa visto que foram incluídos apenas estudantes de graduação de uma universidade particular de Curitiba. Conseqüentemente, o perfil epidemiológico dos participantes não corresponde à população brasileira, já que 90% eram brancos e 67% tinham renda familiar acima de cinco salários mínimos. Além disso, pode ter havido um viés de seleção devido ao caráter voluntário do preenchimento do formulário. Estudantes já com transtornos de estresse, ansiedade e/ou depressão possivelmente têm mais interesse nesses assuntos e, assim, podem ter sido mais propensos a participar da pesquisa. Além disso, o modelo de estudo não permite determinar o que é causa e o que é efeito: usuários de maconha desenvolvem mais sintomas depressivos e ansiosos ou pessoas com sintomas depressivos e ansiosos usam mais maconha?

Dado o exposto, fica claro para os autores a necessidade de expandir a amostragem e promover pesquisas adicionais para uma análise mais abrangente das conclusões alcançadas. Além disso, no que se refere às perspectivas futuras, os autores consideram crucial a conscientização sobre os riscos vinculados ao consumo de maconha e seus potenciais impactos na saúde mental.

Referências

- American Psychological Association. (2018). *APA dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/anxiety>
- Araujo, G. M., Filho, Mingatto, V. C., & Lemos, V. G. (2021). Conceptions about the use of cannabis among medical students from Public Universities. *Addiction & Health*, 13(4), 232-241. <https://doi.org/10.22122/ahj.v13i4.1263>
- Arria, A. M., Caldeira, K. M., Bugbee, B. A., Vincent, K. B., & O'Grady, K. E. (2015). The academic consequences of marijuana use during college. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 29(3), 564-575. <https://doi.org/10.1037/adb0000108>
- Basudan, S., Binanzan, N., & Alhassan, A. (2017). Depression, anxiety and stress in dental students. *International Journal of Medical Education*, 8, 179-186. <https://doi.org/10.5116/ijme.5910.b961>
- Beneton, E. R., Schmitt, M., & Andretta, I. (2021). Sintomas de depressão, ansiedade e estresse e uso de drogas em universitários da área da saúde. *Revista da SPAGESP*, 22(1), 145-159. Recuperado em 20 de abril de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702021000100011&lng=pt&tlng=pt
- Bernardini, F., Gobbicchi, C., Attademo, L., Puchalski, S., Trezzi, R., Moretti, P., Tortorella, A., & Loas, G. (2018). Cannabis use, psychotic like experiences and aberrant salience in a sample of Belgian students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(7), 493-500. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000849>
- Danielsson, A. K., Lundin, A., Agardh, E., Allebeck, P., & Forsell, Y. (2016). Cannabis use, depression and anxiety: a 3-year prospective population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 193, 103-108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.045>
- Demenech, L. M., Oliveira, A. T., Neiva-Silva, L., & Dumith, S. C. (2021). Prevalence of anxiety, depression and suicidal behaviors among Brazilian undergraduate students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 147-159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.108>
- Eckschmidt, F., Andrade, A. G., & Oliveira, L. G. (2013). Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 199-207. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000300004>
- Ferri, C. P., Marsden, J., Araujo, M., Laranjeira, R. R., & Gossop, M. (2000). Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review*, 19(4), 451-455. <https://doi.org/10.1080/713659418>
- Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., Ware, M., Marmorstein, N., Cipriani, A., Dendukuri, N., & Mayo, N. (2019). Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 426-434. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>
- Horwood, L. J., Fergusson, D. M., Coffey, C., Patton, G. C., Tait, R., Smart, D., Letcher, P., Silins, E., & Hutchinson, D. M. (2012). Cannabis and depression: an integrative data analysis of four Australasian cohorts. *Drug and Alcohol Dependence*, 126(3), 369-378. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.06.002>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Infortuna, C., Silvestro, S., Crenshaw, K., Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Zoccali, R. A., Chusid, E., Intrator, J., Han, Z., & Battaglia, F. (2020). Affective temperament traits and age-predicted recreational cannabis use in medical students: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4836. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134836>

- Kedzior, K. K., & Laeber, L. T. (2014). A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population: a meta-analysis of 31 studies. *BMC Psychiatry, 14*, 136. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-136>
- Lev-Ran, S., Roerecke, M., Le Foll, B., George, T. P., McKenzie, K., & Rehm, J. (2014). The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine, 44*(4), 797-810. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001438>
- Lima, S. O., Lima, A. M. S., Barros, E. S., Varjão, R. L., Santos, V. F., Varjão, L. L., Mendonça, A. K. R. H., Nogueira, M. S., Deda, A. V., Jesus, L. K. A., & Santana, V. R. (2019). Prevalência da depressão nos acadêmicos da área de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão, 39*, e187530. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003187530>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Depression Anxiety Stress Scales (DASS--21, DASS--42)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>
- Ma, L., Hettema, J. M., Cousijn, J., Bjork, J. M., Steinberg, J. L., Keyser-Marcus, L., Woisard, K., Lu, Q., Roberson-Nay, R., Abbate, A., & Moeller, F. G. (2021). Resting-state directional connectivity and anxiety and depression symptoms in adult cannabis users. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 6*(5), 545-555. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.09.015>
- Mansournia, M. A., Nazemipour, M., & Etminan, M. (2022). P-value, compatibility, and S-value. *Global epidemiology, 4*, 100085. <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2022.100085>
- Martins, B. G., Silva, W. R., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019). Escala de depressão, ansiedade e estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 68*(1), 32-41. <https://doi.org/10.1590/0047-208500000022>
- Moutinho, I. L. D., Maddalena, N. C. P., Roland, R. K., Lucchetti, A. L. G., Tibiriçá, S. H. C., Ezequiel, O. S., & Lucchetti, G. (2017). Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Revista da Associação Médica Brasileira, 63*(1), 21-28. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.21>
- Mullin, C., & Cservenka, A. (2024). Cannabis use and academic performance in college students: the role of procrastination. *Cannabis, 7*(2), 108-122. <https://doi.org/10.26828/cannabis/2024/000215>
- Pacheco-Colón, I., Ramirez, A. R., & Gonzalez, R. (2019). Effects of adolescent cannabis use on motivation and depression: a systematic review. *Current Addiction Reports, 6*(4), 532-546. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00274-y>
- Papazisis, G., Siafis, S., Tsakiridis, I., Koulas, I., Dagklis, T., & Kouvelas, D. (2018). Prevalence of cannabis use among Medical students: a systematic review and meta-analysis. *Substance Abuse: Research and Treatment, 12*. <https://doi.org/10.1177/1178221818805977>
- Pires, L. S.P., Soares, T. G., Brito, E. I., Lima, A. C., Junqueira, B. A. M., & Pillon, C. S. (2019). Correlação do uso de substâncias psicoativas com sinais de ansiedade, depressão e estresse em estudantes de enfermagem. *Revista de Atenção à Saúde, 17*(61), 38-44. <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n61.6099>
- Rabiee, R., Lundin, A., Agardh, E., Hensing, G., Allebeck, P., & Danielsson, A. K. (2020). Cannabis use and the risk of anxiety and depression in women: a comparison of three Swedish cohorts. *Drug and alcohol dependence, 216*, 108332. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108332>
- Ramón-Arбуés, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2020). The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19), 7001. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197001>
- Serra, R. D., Dinato, S. L. M., & Caseiro, M. M. (2015). Prevalence of depressive and anxiety symptoms in medical students in the city of Santos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 64*(3), 213-220. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000081>

- Shollenbarger, S., Thomas, A. M., Wade, N. E., Gruber, S. A., Tapert, S. F., Filbey, F. M., & Lisdahl, K. M. (2019). Intrinsic frontolimbic connectivity and mood symptoms in young adult cannabis users. *Frontiers in Public Health*, 7, 311. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00311>
- Swift, W., Copeland, J., & Hall, W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction*, 93(11), 1681-1692. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.931116816.x>
- Teeters, J. B., Woodward, M. J., Meshesha, L. Z., & Tripp, J. C. (2020). Cannabis use in civilian college students and college student service members/veterans: the moderating effect of anxiety. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 46(6), 777-783. <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1753758>
- Urits, I., Gress, K., Charipova, K., Li, N., Berger, A. A., Cornett, E. M., Hasoon, J., Kassem, H., Kaye, A. D., & Viswanath, O. (2020). Cannabis use and its association with psychological disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 50(2), 56-67. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.06.002>
- Vaziri-Harami, R., Vaziri-Harami, S., & Tarom, M. (2022). Prevalence of anxiety and depression among engineering students consuming cannabis. *Annals of Medicine and Surgery*, 80. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104144>
- Vignola, R. C., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Wong, M. M., Craun, E. A., Bravo, A. J., Pearson, M. R., & Protective Strategies Study Team. (2019). Insomnia symptoms, cannabis protective behavioral strategies, and hazardous cannabis use among U.S. college students. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 27(4), 309-317. <https://doi.org/10.1037/pha0000273>
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health*. World Health Organization. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2023a). Stress. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- World Health Organization. (2023b). *Depressive disorder (depression)*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yanes, J. A., Riedel, M. C., Ray, K. L., Kirkland, A. E., Bird, R. T., Boeving, E. R., Reid, M. A., Gonzalez, R., Robinson, J. L., Laird, A. R., & Sutherland, M. T. (2018). Neuroimaging meta-analysis of cannabis use studies reveals convergent functional alterations in brain regions supporting cognitive control and reward processing. *Journal of Psychopharmacology*, 32(3), 283-295. <https://doi.org/10.1177/0269881117744995>

A Metáfora Alquímica no Contexto da Psicologia Clínica na Perspectiva Junguiana

Ramon Petry Pinto¹  e Débora Patrícia Namer Pinheiro² 

Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil

Resumo: A alquimia ganhou grande destaque durante o desenvolvimento da psicologia analítica. Os processos, conceitos e a simbologia associados à alquimia possibilitaram novas maneiras de abordar o psiquismo e seus conteúdos. Uma destas maneiras é o uso de suas metáforas. A metáfora alquímica pode ser rica na tentativa de compreender melhor processos psíquicos. Consequências de cunho emocional, social e psíquico causadas por um evento como o da pandemia do Covid-19, a experiência da depressão e da anedonia, e até o processo psicoterapêutico em sua forma são exemplos em que a alquimia pode ser utilizada metaforicamente. Ainda que a literatura tenha fornecido explicações e exemplos sobre como a metáfora alquímica pode ser utilizada no contexto psicoterapêutico, há poucos estudos que sistematizam o assunto, merecendo mais atenção. Este projeto de pesquisa teve como objetivo conhecer o estado da arte sobre o uso da alquimia como metáfora no contexto da psicoterapia, evidenciando de que maneira os conceitos, os processos e a simbologia da alquimia podem contribuir para a leitura de fenômenos, eventos e temas que aparecem no contexto psicoterapêutico. A partir do método qualitativo, o projeto foi conduzido por meio de uma revisão de literatura de livros, artigos científicos e trabalhos acadêmicos, nos idiomas português e inglês, com o uso dos seguintes descritores: psicologia e alquimia, alquimia como metáfora na psicoterapia e psicoterapia e alquimia. A partir deste estudo, buscou-se contribuir para a sistematização do conhecimento sobre as práticas clínicas, evidenciando formas de utilização da metáfora alquímica nos atendimentos, seja para enriquecer o processo psicoterapêutico ou como uma forma de esclarecer casos mais complexos.

Palavras-chave: psicoterapia, alquimia, psicologia analítica, metáfora alquímica

The Alchemical Metaphor in the Context of Clinical Psychology by the Junguian Perspective

Abstract: Alchemy received a big highlight during the development of analytical psychology. The processes, concepts and symbology associated with alchemy allowed new ways of approaching the psyche and its contents. One of the ways is the use of its metaphors. The alchemical metaphor can be rich in an attempt of a better comprehending psychological processes. Consequences of emotional, social and psychological nature caused by an event as the Covid-19 pandemic, the experience of depression and anhedonia, and even the psychotherapeutic process in its own form are examples in which alchemy can be used metaforically. Even though the literature has provided explanations and examples about how the alchemical metaphor might be used in the psychotherapeutic context, there are few studies which systemized the subject, demanding for more attention. This research project had as its objective to know the state of art about the use of alchemical metaphor in the context of psychotherapy, evidencing in what way alchemy's concepts, processes and symbology can contribute for reading phenomena, events

¹ Psicólogo formado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). *E-mail:* ramonpetryp@live.com

² Doutora em Psicologia Clínica. Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). *E-mail:* dnpinheiro@gmail.com

Submetido em: 04-04-2024. Primeira decisão editorial: 20-05-2024. Aceito em: 29-07-2024.

and themes appearing in the psychotherapeutic context. Approaching with the qualitative method, the project was conducted by a literature review which included books, scientific articles and academic works, in Portuguese and English languages, with the usage of the following descriptors: psychology and alchemy, alchemy as metaphor in psychotherapy and psychotherapy and alchemy. From this study, it was perceived to contribute to the systematization of the knowledge about clinical practices, evidencing ways of utilizing the alchemical metaphor in the treatment, in order to enrich the psychotherapeutic process or as a way of clarifying more complex cases.

Keywords: psychotherapy, alchemy, analytical psychology, alchemical metaphor

Introdução

A pandemia global da Covid-19 — doença infecciosa causada pelo coronavírus — causou profundas repercussões psicossociais e trouxe novos desafios para todos. Alguns desses desafios estão relacionados à atuação dos profissionais da psicologia nos mais diversos campos de atuação, bem como às novas demandas e formas de expressão de sofrimento por parte dos pacientes. Por exemplo, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Maringá-PR, novas maneiras de atendimento, que foram adotadas por conta da pandemia, evidenciaram uma série de consequências emocionais provocadas na época: sentimentos de solidão, conflitos familiares, dificuldade na rotina e o medo de ser contaminado pelo vírus. Ao relatar esta experiência, a psicóloga Marcelino (2020) compara a pandemia à vinda de um tsunami. Ambos são fenômenos da natureza sobre os quais não possuímos controle e, inevitavelmente, resultarão em perdas.

Enquanto os desafios e as consequências emocionais dessa “pandemia-tsunami” forem, em grande parte, imprevisíveis e destruidoras, a vida psíquica e profissional também segue em constante movimento em direção à reconstrução. É com este argumento que Marcelino (2020) recorre à metáfora da alquimia, noção amplamente estudada pelo psiquiatra Carl Gustav Jung, fundador da Psicologia Analítica. Segundo a autora, processos alquímicos como a *solutio*, representando o sólido cotidiano invadido e dissolvido pela onda do vírus, e a *coaglatio*, simbolizando a busca por solidificar novas

maneiras de ajudar os pacientes com suas questões psíquicas, são exemplos de como a alquimia pode ser utilizada metaforicamente para interpretar aspectos psíquicos, sejam de caráter emocional ou social. De fato, Jung apresentou a alquimia como um grande tema no desenvolvimento de sua abordagem teórica, argumentando que esta noção possuía conteúdos que poderiam ser explorados e relacionados com sua psicologia (Jung, 1963/2021). Outros estudiosos que também abordaram a relação entre a alquimia e a psicologia, como Edward Edinger, James Hillman e Herbert Silberer, exploraram a metáfora alquímica na psicoterapia. Segundo os autores, a alquimia traz uma grande variedade de recursos, processos e conceitos que podem ser utilizados como metáfora para situações cotidianas e questões de cunho emocional e psicossocial.

A partir dessa perspectiva, o conhecimento alquímico pode servir como mais uma ferramenta no trabalho do psicólogo clínico quando este se encontra diante dos fenômenos psíquicos de seus pacientes. No entanto, há poucos estudos da literatura que sistematizam tais contribuições, sendo pouco acessível e discutido na literatura brasileira. Isso levanta as seguintes questões: como a metáfora alquímica pode ser utilizada no contexto da psicoterapia? O que dizem os estudos da psicologia analítica sobre este assunto?

A Psicoterapia

O modo de se fazer psicoterapia se desenvolveu e mudou muito no decorrer dos tempos, gerando diversas perspectivas e possibilidades para realizar tal processo. Isto se deve ao fato de a psicoterapia não ser um método tão simples e evidente, como se desejava inicialmente (Jung, 1966/2013). Ainda que a psicoterapia parta de interações entre dois sujeitos — o paciente e o psicoterapeuta — é preciso que o processo psicoterapêutico seja compreendido em sua totalidade (Strupp, 2009 como citado em Cassel et al., 2015). A psicoterapia é um processo dialético, onde uma das partes envolvidas (paciente) é vista como um sistema psíquico que entra em interação com outro sistema psíquico (terapeuta). Por este

motivo, a psicoterapia não é um processo que pode ser aplicado de maneira padronizada entre todas as abordagens e por qualquer pessoa, com o objetivo de gerar o efeito desejado. Esta experiência singular pode ser interpretada de maneiras diversas, gerando diferentes interpretações e pontos de vista a respeito do psiquismo (Jung, 1966/2013).

Atualmente, a psicoterapia, é entendida como o processo conduzido pelo profissional da psicologia no contexto clínico. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) define que:

Art. 1º – A Psicoterapia é prática do psicólogo por se constituir, técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidas pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos. (*Resolução nº 10, 2000, p. 1*)

A psicoterapia é um processo trabalhoso e demorado. O paciente, através do discurso, traz ao terapeuta os sintomas que estão gerando sofrimento psíquico. O terapeuta, por sua vez, tem o objetivo de ajudar o paciente a elaborar melhor as causas desse sofrimento, o que pode ser feito de diversas maneiras. Por isso, Jung (1966/2013) aconselha que o terapeuta não possua objetivos tão precisos, pois é pouco provável que ele saiba mais do que a natureza ou a vontade de viver do próprio paciente. O terapeuta acaba sendo um reeducador, ajudando a pessoa a trilhar o seu caminho e a reconhecer a sua responsabilidade social, o que é um processo demorado e repleto de obstáculos. Há casos em que pacientes não apresentam sintomas de via neurótica, mas adoecem pela falta de sentido e conteúdo em suas vidas. Nestes casos, o terapeuta pode enfrentar dificuldades, sobretudo quando o paciente esgotou seus conteúdos conscientes, permanecendo estagnado. Observa-se nestas situações que novas formas de conduzir podem ser bem-vindas. Afinal, quanto mais conhecimento há sobre o psiquismo, percebe-se que as variedades

de como um ser humano pode ser e as diversas formas de estagnações clamam por uma variedade de pontos de vista e métodos, contribuindo para a satisfação de diferentes formas psíquicas (Jung, 1966/2013).

O Conceito de Alquimia: Histórico e Relação com a Psicologia Analítica

Não há como dizer exatamente de onde veio a alquimia. Sua origem vem de fontes diversas e possui caráter impreciso, difuso (Vargas, 2017) e interdisciplinar, por conta de seu leque de sentidos e influências exercidas em diversas áreas do conhecimento humano (Linden, 2003 como citado em Valente, 2017). Dentre as possíveis definições, a alquimia está relacionada com técnicas denominadas arcaicas e mágico-míticas, vindo a surgir com o despertar da consciência (Eliade, 1979 como citado em Vargas, 2017). O ser humano, em contato com a natureza, utiliza elementos desta e os preserva como uma forma de se adaptar ao meio em que vive. Por outro lado, as técnicas envolvem adaptar o próprio meio natural para atender às necessidades e à tomada de consciência do ser humano. Nesta interpretação, Vargas explica que a alquimia se institui como um saber que procura entender melhor as relações do homem com a matéria.

No Egito, a alquimia apropriou-se de conhecimentos sobre técnicas de tinturas, vidros coloridos e metalurgia. Acreditava-se que coisas materiais estavam carregadas com coisas divinas. Na China, a alquimia foi relacionada às técnicas direcionadas ao tratamento médico, as quais tinham como foco a produção de elixires. A alquimia usada na metalurgia ficou conhecida na Suméria e na Babilônia, onde os povos utilizavam minérios para produzir ligas metálicas como o bronze. Em Alexandria, a alquimia ficou muito conhecida e chegou até a Síria e à Pérsia, onde duas vertentes foram criadas. Uma era direcionada ao artesanato e medicina, enquanto a outra ao misticismo. No século X, a alquimia se juntou com a filosofia escolástica e a sapiência cristã na Europa (Vargas, 2017).

Barcellos (2010 como citado em Hillman, 2011) afirma que a alquimia pode ser realizada

nos níveis de corpo, alma e espírito. Uma alquimia puramente física pode ser considerada como uma pré-química, na qual a natureza é entendida nos estudos dos processos de transformações da matéria. Neste sentido, nota-se a relação da alquimia com a metalurgia. Esta relação começa pela concepção da chamada Mãe Terra, que seria o princípio de que é ela quem gera os metais como o cobre, chumbo e estanho, a partir de seu próprio terreno natural, e que esses metais possuem os mesmos elementos, como enxofre e mercúrio (Souza, 2014).

Assim, a produção dos metais, considerados menos nobres, passam por um processo incompleto, o que torna o caráter dos metais menos valioso ou inferior. O objetivo da alquimia era encontrar maneiras de acelerar esse processo “gestativo” dos minerais para obter objetos mais puros, como o ouro, prata e platina (Lima & Silva, 2001, p. 23 como citado em Souza, 2014).

As definições acima sugerem como a alquimia teve influência em várias áreas do conhecimento, sendo estudada e utilizada em diversas perspectivas. Não raramente, a alquimia é vista, ainda, como precursora da química, quando se investiga a história da ciência. Contudo, o *opus* alquímico não se reduz apenas aos experimentos químicos, mas também aos processos psíquicos (Jung, 1944/2012b).

Em diferentes momentos da história da psicologia, estudiosos como Herbert Silberer, Carl Gustav Jung e James Hillman estabeleceram ligações entre a psicologia e a alquimia (Souza, 2014). Uma das compreensões da simbólica alquímica ao redor do tema do psiquismo é a de que projeções do alquimista apareciam nas matérias e suas alterações, do inconsciente pessoal e de imagem arquetípica expressas pelo Self, principalmente de seu processo de individuação (Vargas, 2017). Jung (1944/2012b) diz algo similar no capítulo 3 de seu livro *Psicologia e Alquimia* ao introduzir as ideias alquímicas. De acordo com ele, havia tempos em que o alquimista lutava com os problemas da matéria, situação que levava sua consciência a indagar sobre e acabar se confrontando com o obscuro, o desconhecido. Nesta relação, figuras e leis eram percebidas e atribuídas à matéria, mas na verdade pertenciam à psique. Todo o desconhecido e vazio era preenchido com

projeções psicológicas. O que o alquimista via, ou pensava ver na matéria era conteúdo do seu próprio inconsciente, ou seja, encontrava na matéria qualidades e significados de uma natureza psíquica que é desconhecida a ele.

Uma abordagem psicológica da alquimia também aparece no livro *Ferreiros e Alquimistas*, de Eliade (1979). Na obra, o autor busca conhecer quais as relações do ser humano com a matéria, com enfoque nos minerais, e o “mundo mental” em que essas relações ocorrem. Segundo o autor, o alquimista se preocupa em realizar o processo de transmutação, caracterizado por uma interferência dos processos naturais, acelerando-os e aperfeiçoando-os. Desta forma, conseguiria transmutar a matéria de metais comuns em ouro. Assim como o alquimista procura fazer isso com os metais, ele possui dentro de si a matéria-prima para que a transmutação aconteça, possibilitando o próprio aperfeiçoamento e elevação a um estado de imortalidade, fazendo com que seu espírito também possa chegar a este estado de “perfeição” (Santos, 2011).

A Alquimia como Metáfora

Hillman (2011) apresenta a ideia de utilizar-se da alquimia em forma de linguagem, sugerindo que pode ser utilizada como metáfora, tornando-se o elemento mais importante para a psicoterapia analítica. Por exemplo, sal, enxofre, mercúrio e chumbo são materiais concretos e iniciais, originais. Esses materiais podem ser vistos como as matérias básicas da personalidade, segundo o autor. A metáfora também poderia ser utilizada referente aos objetos do alquimista, como os vasos alquímicos, estes que podem possuir diferentes arranjos, formas e consistências (vidro, cobre, argila etc.) e em que servem para colocar as substâncias e cozinhá-las, como se fossem forma, do estado da alma naquele momento, na qual a personalidade do indivíduo está sendo trabalhada. As operações, por sua vez, fazem analogia ao que se faz ao trabalhar com a psique. Pode-se aprender os processos de evaporação, calcinação, coagulação, fixação, dissolução, putrefação e enegrecimento.

Ainda segundo o autor, essas palavras, suas junções e significados podem ser comparadas com operações da psicoterapia, como: análise da transferência, regressão a serviço do ego, administração da raiva, negação, resistência, identificação, entre outras. Contudo, a linguagem psicológica é muito abstrata, diferente das palavras da alquimia e de seus processos, que são mais concretos e evidenciados empiricamente.

Em razão disso, a linguagem alquímica se apresenta útil à psicoterapia por conta de sua linguagem materializada, embora não possa ser tomada literalmente no contexto clínico. Segundo Hillman (2011): “eu sei que não sou formado de enxofre e sal, não estou enterrado em estrume, putrefazendo ou congelando, ficando branco ou verde ou amarelo, cercado por uma serpente que morde o seu rabo, elevando-me em asas. E todavia, eu sou!”. Outra fala do autor é: “A personalidade é uma combinação específica de chumbo depressivo denso, com enxofre agressivo inflamável, sal sábio amargo e mercúrio evasivo volátil” (Hillman, 1975b, p. 186 como citado em Davy-Barnes, 2009, p. 221). Estas breves falas de Hillman sugerem que o indivíduo possui propriedades que também podem ser vistas nos materiais trabalhados pelos alquimistas e as operações às quais os materiais são submetidos.

As operações alquímicas fazem grande parte dessa linguagem metafórica. O simbolismo destas operações foi estudado por autores pós-junguianos como Edinger (1985), que explorou e os relacionou com a psicoterapia (Davy-Barnes, 2009). As operações alquímicas que Edinger (2006) traz são: *calcinatio*, *solutio*, *coagulatio*, *sublimatio*, *mortificatio*, *separatio*, *coniunctio*.

A *calcinatio*, por exemplo, é a operação pertencente ao elemento fogo. Na alquimia, este procedimento opera na *nigredo*, que seria o equivalente à matéria-prima ou massa confusa inicial. Quando colocada no fogo, o aquecimento a transformará na chamada *albedo* — substância branca que revelará a matéria — proporcionando a compreensão dela (Ferreira, 2010). Na psicoterapia, este processo diz respeito à “secagem” de complexos inconscientes que estão submersos. Como Edinger (2006) explica, o paciente expressa quaisquer que

sejam os pensamentos, ações ou lembranças que provocam a vergonha, culpa ou ansiedade. Através dessa expressão, o afeto liberado torna-se o fogo com poder para secar o complexo e purificar sua contaminação inconsciente. Através deste processo as identificações de conteúdos inconscientes serão esclarecidas, preparando o paciente para melhor compreendê-las.

Outra operação é a *sublimatio*, pertencente ao elemento ar. Refere-se à elevação de um material sólido para o estado gasoso, sendo possível resolidificá-lo. Edinger relaciona esta operação à elevação do material trabalhado em terapia, o que possibilitaria uma visão mais objetiva dos conteúdos discutidos durante o processo psicoterapêutico (Davy-Barnes, 2009).

As operações alquímicas podem estar presentes em diversos contextos, ajudando o psicoterapeuta a pensar sobre as questões do paciente e a entender os fenômenos que atravessam tais questões. No exemplo introduzido neste projeto, Marcelino (2020) não só comparou a pandemia do Covid-19 a um tsunami, como também utilizou das metáforas alquímicas para compreender as mudanças provocadas no modo de atender e entender o sofrimento dos sujeitos.

Ao ser simbolizada como um tsunami, é possível associar a pandemia à presença intensa do processo alquímico *solutio*, vista como a inundação de medos e ansiedades diante da chance de acabar adoecendo e até vir a morrer. Permanecer no estado de *solutio* gera a impressão de estar passando por um afogamento. Segundo Edinger (2006), a *solutio* pode ir para o estado de *mortificatio*, que seria um estado de aniquilação, fim, morte daquele formato. Porém, o estado de *solutio* promove um caminho para algo novo. Neste estado e no contexto em questão, é preciso aplicar o processo alquímico *coagulatio*, que fará com que a sensação de afogamento cesse.

Na onda giratória da “pandemia tsunami”, a *coagulatio*, se fez presente, simbolizando a busca por novas maneiras de ajudar os pacientes com suas questões psíquicas, ou a busca por uma “terra firme”. No relato de Marcelino (2020), os profissionais da Psicologia, ao atenderem da forma que era possível os usuários do SUS e garantindo sua biossegurança,

ilustraram o movimento de *solutio* para *coagulatio*. A maioria das demandas psicológicas eram agravamento de transtornos mentais, crises de ansiedade, conflitos familiares, sofrimento psíquico e resiliência. O método encontrado naquele momento para atender essas demandas foi o de Terapia de Sessão Única, que efetivamente colaborou para o alívio do sofrimento psíquico e a estabilização emocional (Marcelino, 2020).

É importante observar como a metáfora alquímica pode ajudar na leitura de fenômenos e soluções para situações cotidianas. No caso da “pandemia tsunami”, o estado de espírito frente a uma situação desconhecida (*solutio*), o enfrentamento nesse estado para não cair em um estado de “sem saída” ou aniquilação (*mortificatio*) e a busca por novas soluções para a estabilização (*coagulatio*), representam os movimentos psíquicos diante de toda a situação e suas fases, assim como fases alquímicas relativas a esses movimentos e suas consequências.

As duas últimas operações abordadas por Edinger são a *separatio* e a *coniunctio*. A operação da *separatio* consiste em separar componentes presentes em um único material. Há muitos processos em que buscam separar componentes de uma substância, como a destilação, separando um líquido de outro ou a evaporação para separar um solvente líquido antes dissolvido em um sólido. Há substâncias nas quais quando se aplica o aquecimento, parte delas torna-se vapor e no material que foi aquecido fica um resíduo terroso (Edinger, 2006).

Em termos psicológicos, a *separatio* representa, primeiramente, uma separação entre sujeito e objeto. É quando o ego cria um espaço para a existência da consciência, assim criando um divisor de opostos. Um ego que não realiza isto fica identificado com um lado dos opostos e projeta seu contrário em um inimigo. Ao observar os opostos, é possível tornar-se consciente de ser capaz de suportar os opostos em seu próprio interior.

A *separatio* também serve na separação entre aspectos literais e objetivos de aspectos subjetivos. No processo de psicoterapia, é usual que o paciente traga conflitos e ambivalência diante de uma decisão prática. Dúvidas sobre aceitar ou não um emprego, fazer algum tipo de mudança,

se deve casar ou se deveria divorciar. O conflito de fazer ou não aparece por conta de uma dificuldade em distinguir o concreto e o simbólico da ação proposta. São dois níveis diferentes de realidade que é preciso distinguir e considerar separadamente (Edinger, 2006). Estas são algumas das maneiras que a *separatio* entra no processo psicoterapêutico.

A *coniunctio* diz respeito à mistura de duas substâncias que, quando unidas, criam uma terceira com propriedades distintas. Para melhor compreensão do simbolismo da *coniunctio*, em termos psicológicos, é necessário separá-la em dois tipos, a inferior e a superior.

A *coniunctio* inferior, na psicoterapia, aparece quando o ego acaba se identificando com outros indivíduos, grupos, instituições e coletividades. Considera-se que é uma mistura contaminada, na qual os opostos que deram origem a esse novo produto, forma ou expressão não haviam sido separados adequadamente, requerendo passos adicionais para que a união seja realizada de maneira apropriada, possibilitando a *coniunctio* superior.

A *coniunctio* superior acontece quando os opostos são unidos de forma adequada, originando algo novo e que possui um potencial libertador. No processo psicoterapêutico, o paciente é colocado diante dos opostos, o que gradualmente oportuniza um novo posto de vista no qual ambos estão presentes. A *coniunctio* superior não acontece somente entre o paciente e seus próprios conflitos, mas também na relação terapêutica. Jung diz que as personalidades do terapeuta e do paciente, quando se encontram, podem ser equiparadas à ideia de duas diferentes substâncias de encontrando, em que ambas se transformam. Isto pode influenciar o resultado do processo psicoterapêutico até mais do que apenas o que o terapeuta diz e pensa. O terapeuta deve estar aberto a sofrer influência do paciente para gerar influência (Edinger, 2006).

Método

O presente projeto de pesquisa fundamenta-se no método qualitativo, sendo uma pesquisa básica conduzida por meio de revisão bibliográfica da literatura. Para tanto, foi construído

um portfólio de livros, teses, dissertações e artigos científicos que abordem o tema da psicologia analítica e alquimia. Ainda que não se trate de uma revisão sistemática de literatura, a pesquisa envolveu a busca e organização deste material a partir do rastreamento de bibliotecas virtuais, da biblioteca física da PUC-PR, do portal de Teses e Dissertações da CAPES e demais bases de dados, tais como: Scielo, Pepsic, Lilacs, Psycinfo, a partir da combinação de palavras-chave “psicologia analítica”, “alquimia”, “psicoterapia” e “metáfora alquímica”, bem como a sua tradução para a língua inglesa. As publicações resultantes das buscas foram organizadas por título e resumo e, posteriormente, foi realizada a leitura detalhada de cada material, a fim de compor ou não o corpus da pesquisa, de acordo com as orientações de Koller et al. (2014). Tais publicações acadêmicas, que inclui artigos, teses, monografias e dissertações, vão do ano de 2009 a 2022. Os livros encontrados sobre o tema são mais antigos, obras clássicas que tratam do tema, com anos de publicação desde 1944.

Após a coleta de dados e construção do corpus da pesquisa, o material foi organizado, primeiramente, entre os que apresentaram ideias convergentes, divergentes, ano e origem da publicação. Em seguida, foi realizada uma análise qualitativa do material por meio da técnica de análise de conteúdo temática. Segundo Bardin (1979 como citado em Minayo & Gomes, 2009), esta estratégia caracteriza-se por um conjunto de técnicas que podem ser usadas, o que sugere diferentes maneiras para analisar os conteúdos para a pesquisa. A forma de análise para essa pesquisa é a análise temática. Nesta, o foco é o tema analisado.

Os procedimentos metodológicos para realização de tal análise podem ser separados em quatro partes: categorização, inferência, descrição e interpretação. A categorização é o momento de decidir o que entra e o que sai da pesquisa. Para isso, deve-se pegar o material que foi analisado e dividi-lo em partes, com o intuito de definir quais componentes entram na pesquisa. Após esta divisão, restou colocar as partes em categorias e decidir o que deveria entrar e sair a partir dos componentes selecionados (Minayo & Gomes, 2009). A parte da categorização pode ser definida da seguinte maneira:

uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classe, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico. (Bardin, 1979, p. 117 como citado em Minayo & Gomes, 2009, p. 88)

Outro procedimento adotado foi a análise do conteúdo a partir da inferência. A inferência aconteceu por meio de um movimento do pesquisador de deduzir quais os materiais e os conteúdos que merecem sua atenção para começarem a serem analisados e estudados. Assim, para a inferência ocorrer, o pesquisador deve partir de premissas que já são aceitas a partir de outros estudos já realizados sobre o assunto (Minayo & Gomes, 2009).

A descrição, por sua vez, seria um levantamento de características do texto que, após concluída a análise, foram selecionadas para serem adicionadas ao trabalho. Por último, a interpretação consistiu na análise crítica dos resultados obtidos, sugerindo olhar além do que está descrito e procurando compreender o texto para designar como os fatores que estão sendo discutidos no próprio são abordados, ao mesmo tempo que novas atribuições de significados foram realizadas (Minayo & Gomes, 2009).

Para a discussão dos resultados, o pesquisador realizou a leitura do que já havia sido escrito no presente trabalho (resumo, introdução, fundamentação teórica, objetivos, método etc.). Durante a leitura, realizou novamente os procedimentos da inferência e interpretação, correlacionando os conteúdos e visando a responder os objetivos da pesquisa.

Após a interpretação e as correlações, o pesquisador procurou na literatura se outros autores já haviam realizado interpretações e correlações dos mesmos conteúdos, buscando conhecer outras formas de interpretação, assim como autores que já tinham pensado em ideias que sustentavam as fornecidas pelo pesquisador. Depois de analisado o que foi encontrado, o processo de descrição das ideias encontradas foi realizado.

Discussão dos Resultados

A alquimia passa por um saber, que seria o de compreender as relações do ser humano com a matéria. O alquimista procurava compreender os fenômenos da matéria nos objetos e os seus comportamentos. Observavam o que surgia na matéria e interpretavam algo a partir do que viam de forma ingênua e sem método previamente estipulado. Ao fazer isso, observa-se que o alquimista estava fazendo projeções inconscientes e tais interpretações não eram corrigidas (Franz, 1980/2022). A compreensão da matéria era fundamental para atingir o principal objetivo da alquimia, a transmutação. Esta poderia ocorrer de diferentes formas e com diferentes objetos. O objetivo seria submeter um objeto inicial a operações e que através destas ele seria transformado (transmutado) em um novo objeto.

O tema da alquimia se relaciona com a psicologia de formas diferentes. No trecho acima, temos uma pista de uma maneira que essa relação se estabelece. Na tentativa de compreender a matéria, o alquimista fazia interpretações inconscientes nela, ou seja, eram projeções de natureza psíquica que apareciam na matéria e suas alterações.

Santos (2011) traz o autor Eliade, que enfatiza essa ideia em seu livro, *Ferreiros e Alquimistas*. O alquimista acreditava que o objeto pudesse ser transmutado, ele via essa potencialidade no objeto e tirou essa ideia de seu próprio psiquismo, pois reconhecia dentro dele mesmo esse potencial de transformação. Acredita na transformação do objeto, assim como percebe que o próprio ser humano se transforma.

Esse caminho para a transformação ou evolução do indivíduo é o que Jung caracteriza como processo de individuação, o qual sofre influência do contexto psicoterapêutico. Aqui, percebe-se a alquimia se relacionando mais uma vez com a psicologia, mais especificamente, com esse conceito dentro da psicologia analítica.

O processo de psicoterapia profunda, que, para Jung, seria uma aproximação do indivíduo ao processo de individuação, aparece nas imagens alquímicas. Aquele que olhar para tais imagens poderá encontrar nelas uma descrição do processo

psicoterapêutico. Durante o processo, o paciente passa por uma transformação, constituída de diversas experiências. As imagens alquímicas condizem com essas experiências, presenciadas no contexto psicoterapêutico (Edinger, 2006). O que Edinger parece estar sugerindo é que, durante a psicoterapia o paciente passa por mudanças, pois cria novas ideias e perspectivas a respeito das questões que traz, gerando atitudes diferentes para com elas e para com o mundo. Isto se torna possível por causa das experiências que tem ao decorrer do processo psicoterapêutico. As experiências seriam as reflexões, interpretações e correlações que ele faz durante o processo, causando movimentos psíquicos, mexendo com o mundo interno do sujeito, com sua psique. Similarmente, as imagens alquímicas mostram o objeto do alquimista passando por vários estágios e sendo submetido a diferentes operações, passando por experiências para ser transformado, passando por mudanças assim como o paciente. Aqui, nota-se já uma metáfora. Os processos alquímicos por si só são como os processos psíquicos que o paciente passa durante a psicoterapia.

Quando se trata da psicologia, o psicoterapeuta tem uma experiência muito parecida com a do alquimista, mas com suas distinções específicas. A maior diferença é que, ao invés de estar lidando com a substância química, o terapeuta está lidando com a alma humana, mas o que o alquimista tentava fazer com a substância, que era organizá-la através de projeções, é o mesmo feito pelo terapeuta com os conteúdos trazidos pelo paciente:

E apresentava-se ao psicólogo o mesmo problema que já por 1.700 anos havia feito a alquimia prender o fôlego: Que fazer com todas essas coisas tão opostas entre si? É possível rejeitá-las e livrar-se delas? Ou é preciso reconhecer a presença delas, e é nossa tarefa colocá-las em harmonia, e do seu aspecto múltiplo e cheio de contradições estabelecer uma unidade, que naturalmente não resulta por si mesma, mas por meio do esforço humano? (Jung, 1956/2012a, §446).

Pode-se dizer que, assim como o alquimista procurava compreender os fenômenos da matéria para poder transformá-la através de operações, o psicoterapeuta faz o mesmo com o paciente. Tenta compreender aspectos da personalidade dele e seu padrão de comportamento para ajudá-lo a entender as causas de seus problemas e a resolvê-los. Além disso, o objetivo do alquimista e o objetivo do psicólogo parecem convergir. Na alquimia, reconhece-se que a matéria estudada possui um potencial para ser transformada. Na psicoterapia, o terapeuta acredita na potencialidade do paciente de mudar suas questões, o qual, junto com o terapeuta, irá discutir, interpretar, compreender e assimilar conteúdos dentro das questões trazidas para transformar o modo de como lida com elas, esperando que seja uma mudança saudável e que preze a saúde mental, dentro do grande processo chamado psicoterapia. Ou seja, ambas as áreas reconhecem no objeto o potencial para transformação e buscam esta através de um grande processo para que ela seja obtida.

Assim, a metáfora alquímica possui grande valor para ser utilizada na psicoterapia. Um ótimo exemplo é quando Hillman (2011) traz a noção de que o ser humano não é formado de sal e enxofre e não está sendo congelado, enterrado em alguma outra substância ou mudando de cor, mas ao mesmo tempo está passando por tudo isso sim. Assim como um objeto estudado pelo alquimista é formado por outras substâncias e mostra-se em diferentes estados, o ser humano passa por diversas experiências que formam sua personalidade e sua visão de mundo. Possui diferentes estados de humor e suas personas³, as quais mostra em situações específicas. Quando Hillman (2011) está falando dessa forma, ele está sugerindo que o ser humano possui propriedades que também estão presentes nos materiais trabalhados pelos alquimistas.

“Transformar chumbo em ouro e transformar a vida cotidiana em vida realizada e ampliada. A vida, com seus elementos já presentes, se transfigura,

³ Persona é um conceito adotado por Jung e que diz respeito a papéis que um indivíduo desempenha na sociedade, dependendo das condições em que está inserido, como com sua família, na escola ou no trabalho. Cada ambiente destes vai solicitar uma atitude diferente do indivíduo para lidar com as exigências do meio (Stein, 2006).

revelando o que estava oculto (...)” (Bassoli, 2022, p. 99). Este é um outro trecho que aproxima a relação do que se faz em um laboratório alquímico e em uma sala de psicoterapia. Enquanto o alquimista transforma seu objeto, o paciente também transforma sua vida com a ajuda do terapeuta, sendo este uma espécie de mediador e conselheiro. Aqui acho importante fazer uma distinção. Por mais que o trabalho alquímico e o da psicoterapia clínica possuam suas semelhanças, o que torna a metáfora muito rica, o psicólogo e o alquimista estão lidando com “objetos” de trabalho diferentes. O alquimista tem total controle do chumbo, por exemplo. Pode fazer com ele o que bem entender, fazendo-o passar por quaisquer operações que achar mais conveniente. O terapeuta está lidando com uma alma humana, um indivíduo que tem sua personalidade, perspectivas, opiniões, vontades, desejos, necessidades etc. O psicólogo não está sob controle do paciente e o trabalho é em conjunto.

É possível perceber que o processo alquímico, em sua totalidade, pode ser uma representação do processo de individuação de uma pessoa, além do próprio processo psicoterapêutico. Entretanto, deve-se sempre lembrar que um indivíduo não irá atingir a plenitude e a extensão simbólica alquímica. Enquanto esta foi construída com o passar dos séculos, no caso individual, conta-se com as experiências do indivíduo em determinado tempo e com a capacidade dele de descrever tais experiências, que são limitadas a este tempo de vida dele. Nos casos individuais não é possível mostrar o todo, pois possui suas variações, fazendo com que seja abordado de formas diferentes, dependendo de qual fase ou versão está se mostrando, pois diferentes conteúdos se destacam em momentos distintos (Jung, 1956/2012a).

Como já assinalado, as operações alquímicas desempenham um grande papel na metáfora alquímica. Santos (2022) traz uma metáfora quando aborda em seu trabalho o procedimento médico da hemodiálise como sendo uma metáfora para a operação *solutio*. A hemodiálise é um procedimento médico para a retirada de líquidos e substâncias tóxicas do corpo, levando a dissolução de tais substâncias, limpando o organismo e direcionando

o indivíduo a um novo estado, mais leve e fluido. A operação da *solutio* pode ser vista na parte da dissolução das substâncias tóxicas. O estado mais leve e fluido que vem posteriormente seria uma transformação, que pode ser descrito a partir do processo alquímico “*solve et coagula*”. A psique, em seu estado atual, passa por um processo de dissolução para chegar a um outro estado, este que agora será o novo estado atual (Santos, 2022). O encontro do novo estado seria a coagulação, que é uma outra operação alquímica, indicando que ambas as operações (*solutio* e *coagulatio*) devem ocorrer para que ocorra uma transformação. Edinger (2006) traz uma ideia da operação da *coagulatio* no processo psicoterapêutico:

A experiência psicoterapêutica comprova a ideia de que o desejo promove a *coagulatio*... muitos pacientes têm um investimento inadequado de libido, uma fragilidade em termos de desejo que por vezes beira a anedonia. Essas pessoas não sabem o que querem e temem os próprios desejos. Assemelha-se a almas não nascidas que, no céu, fogem da queda na realidade concreta. Elas precisam cultivar seus desejos — procurá-los, alimentá-los e agir de acordo com eles. (Edinger, 2006, p. 108)

No trecho acima, Edinger está falando de pacientes que estão perto de uma anedonia, ou seja, sem interesse no mundo. Pessoas que não sabem o que querem, não possuem objetivos bem definidos e não sabem para onde direcionar sua libido, enfatizando seu investimento inadequado. São como pessoas que não estão muito em contato com o mundo, estão no céu e fogem da queda na realidade concreta.

Propõe-se uma possível forma de interpretar o que Edinger (2006) está falando e como o psicoterapeuta pode utilizar em psicoterapia. Como diz Edinger, tais pacientes precisam cultivar seus desejos. Considerando que isso deve ser realizado para uma melhora na saúde mental desses pacientes, o terapeuta deve ajudá-los a recuperarem seus desejos para, então, saírem do estado de anedonia e conseguirem operar no mundo de forma saudável. Esse retorno do desejo vai promover a

operação da *coagulatio*, ou seja, a pessoa volta para a terra firme, para a realidade, para o presente e consegue realizar atividades mundanas, concretizar. É interessante perceber que a anedonia é um dos sintomas da depressão, que também se relaciona com a *coagulatio*. Para entendermos esta relação, precisa-se de uma compreensão ao redor da depressão e do chumbo.

Na depressão, é possível notar o indivíduo voltando sua energia psíquica para o seu interior, perdendo o contato com o mundo externo e ficando preso às suas fantasias e indagações na realidade. Neste estado o ego fica esvaziado, retratando essa atitude fugidia e autônoma que a pessoa com depressão apresenta diante da realidade. Essa experiência da depressão propicia a *coagulatio*, que vai ser feita através do chumbo (Amui, 2013). O chumbo será bem-vindo nesse momento, pois as fantasias e indagações que estão muito aguadas, sem forma específica e longe da realidade precisam pesar e abandonar seu caráter vago, ou seja, precisam solidificar. O chumbo representa o denso, pesado, incômodo e sombrio que o indivíduo deve enfrentar e compreender, mas em forma sólida, possibilitando o enfrentamento das imagens que vem das fantasias e indagações, e esta solidificação será realizada pela operação *coagulatio*. A capacidade do indivíduo de coagular esses conteúdos, passá-los de líquidos para sólidos, é uma maneira de avançar uma etapa do processo de individuação. Assim, nota-se um lado positivo a partir da experiência da depressão, no qual o indivíduo proporciona às fantasias e indagações mais substância e firmeza. Isto seria algo positivo na vida do indivíduo, pois contribui no processo de individuação, influenciando no desenvolvimento psíquico. As características negativas, frias e perigosas da depressão, quando associadas ao chumbo, permite o indivíduo de se desenvolver a partir da experiência da depressão (Amui, 2013).

Gostaríamos de retomar o que foi apresentado na introdução da presente pesquisa, com o intuito de pensar mais sobre a metáfora alquímica. A autora e psicóloga Marcelino (2020) fez uma relação da pandemia do Covid-19 com a alquimia. A pandemia trouxe muitas repercussões, mudando o sólido cotidiano das pessoas. Esse sólido cotidiano

passou por um estado líquido, possibilitando ver a *solutio*. Disto, surgiu a necessidade de procurar novas maneiras de realizar as atividades cotidianas, como o homeoffice, aulas online, uso de máscara, entre outras. A tentativa de procurar novas maneiras representa a *coagulatio*, a procura de uma terra firme, de algo que possamos estabelecer.

Pode-se notar que a alquimia possui potencialidade para abordar processos psíquicos de uma nova perspectiva, como os que surgem através de uma mudança corpórea (hemodiálise), conseqüentemente levando a uma transformação, a experiência da anedonia e o desejo, a experiência da depressão e até o estado e atitudes diante de conseqüências causadas por um evento catastrófico. Tal conhecimento pode ser muito útil, seja para enriquecer o processo psicoterapêutico ou para mostrar um novo caminho do que pode ser feito em casos em que o processo esteja estagnado. Na psicoterapia, pode acontecer de o psicoterapeuta e o paciente perderem o senso de direção. Isto é devido aos acontecimentos surgidos durante o processo, que podem levar a mais dúvidas e mistérios. Muitos recorrem a teorias sobre a psique para recuperar essa orientação. Para aquele que quer sair um pouco de uma teoria pré-concebida, deve-se buscar categorias que compreendam a psique dentro da própria psique (Edinger, 2006). Partindo-se desta ideia, a alquimia pode ser utilizada para compreender as questões que o paciente traz de uma outra perspectiva, contribuindo para um maior entendimento delas, enriquecendo o processo psicoterapêutico.

Herbert Silberer foi quem primeiramente interligou a alquimia com a psicologia do inconsciente. Contudo, foi em uma época na qual não havia muito conhecimento sobre o psiquismo, dificultando a compreensão da alquimia de um ponto de vista psicológico. Atualmente, pode-se perceber que a alquimia contribuiu para a psicologia, mesmo não tendo sido intencional, mas os símbolos e processos alquímicos são valiosos (Jung, 1956/2012a).

Mesmo a alquimia possuindo tal potencial, observa-se que sua relação com a psicologia não é um tema tão explorado na literatura. Isto pode ser devido à complexidade do tema em si. Mesmo em círculos de pessoas que estudam a abordagem da psicologia analítica, a grande maioria desiste do

tema da alquimia. Conseguem acompanhar o que Jung fala sobre mitos e outros temas, mas não as relações que faz com a alquimia, pois esta se mostra tremendamente obscura e complexa, com textos de difícil leitura e compreensão e, para aquele que decidir penetrar nesse tema, precisará desenvolver uma grande bagagem de conhecimentos (Franz, 1980/2022).

Conclusão

Assim como as repercussões causadas pela pandemia do Covid-19 e os processos psíquicos surgidos de tais repercussões puderam ser lidos utilizando a metáfora alquímica, pode ser possível que situações diversas trazidas no contexto psicoterapêutico também possam ser interpretadas utilizando o mesmo método. Contudo, ainda há poucos materiais para comprovar com segurança sua utilização. Não é um tema muito explorado na literatura, principalmente quando comparado a outros dentro da própria psicologia analítica, como os sonhos ou os mitos. Acredita-se que isto é devido à própria complexidade do tema, o que pode ser confirmado.

Durante a realização da presente pesquisa, muitos conceitos precisaram ser compreendidos, com seu leque de significados dependendo do contexto em que estão sendo utilizados. Foi necessária a releitura de muitos textos para interpretá-los e correlacionar os conteúdos estudados. Através da leitura de textos alquímicos, do estudo das imagens e dos símbolos e a procura de seus significados, pode-se perceber que há uma grande riqueza de conteúdos relacionados à experiência do viver do ser humano e do psiquismo, mas exige um esforço e curiosidade para sua compreensão.

É possível ver que a metáfora alquímica na psicoterapia contém potencial, entretanto, precisa-se ser estudado ainda mais. Sua utilização pode ser um pouco mais complexa e o psicoterapeuta que se dispôr a utilizar deverá se apropriar de muitos conceitos da alquimia e desenvolver a capacidade de avaliar quando e como eles devem ser utilizados. Parece ser possível relacionar os símbolos e as operações de formas diferentes para interpretar o que é trazido no

contexto psicoterapêutico. Mas como exatamente utilizá-los? Quais as maneiras possíveis de utilizar um conceito da alquimia e relacioná-lo exatamente com algo trazido no contexto psicoterapêutico?

Talvez seja um conteúdo que possa ser sistematizado, mas com o leque de significados e relações possíveis dentro da alquimia, revela-se que a sistematização de tal conteúdo está longe de ser realizada. Na literatura sobre o tema, há conteúdos que permitem pensar sobre essa sistematização, mas ainda não está tão claro em como fazer isso, dificultando sua utilização. A quem desejar realizar pesquisas que tratem da utilização da metáfora alquímica em psicoterapia, primeiramente deve ser investigado mais detalhadamente como que as operações, imagens e conceitos da alquimia podem ser utilizados, pois a *opus* alquímica é muito grande e há muitos materiais para ainda serem investigados com mais detalhe e especificidade. Segundo, é preciso testar sua utilização no contexto psicoterapêutico, pensando alquimicamente os processos psíquicos envolvidos no que o paciente traz e qual o efeito disso no processo, observando como poderia enriquecê-lo, ajudando o paciente a caminhar ainda mais longe na jornada da psicoterapia.

Referências

- Amui, J. M. (2013, 27 de outubro). *Depressão e coagulatio alquímica o sofrimento como propiciador da solidificação*. The Jung Page. <https://jungpage.org/learn/articles/analytical-psychology/91-depresso-e-coagulatio-alquimica-o-sofrimento-como-propiciador-da-solidifio>
- Bassoli, A. (2022). Psicologia e alquimia. In I. Gaeta (Org.). *Alquimia na clínica*. Anais do décimo simpósio de Psicologia Analítica da Universidade Paulista. UNIP.
- Cassel, P. A., Sanchez, L. F., Campezzatto, P. V. M., & Nunes M. L. T. (2015). Processo psicoterapêutico: compreensão de momento de mudança psicológica em uma sessão de psicoterapia psicanalítica. *Contextos Clínicos*, 8(1), 27-37. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.03>
- Davy-Barnes, M. (2009). Firing the therapeutic imagination: supervision and alchemical language. *Journal of Poetry Therapy*, 22(4), 219-234. <https://doi.org/10.1080/08893670903357864>
- Edinger, E. F. (1985). *Anatomy of the psyche*. Open Court.
- Edinger, E. F. (2006). *Anatomia da psique: o simbolismo alquímico na psicoterapia*. Cultrix.
- Eliade, M. (1979). *Ferreiros e Alquimistas*. Zahar.
- Ferreira, C. I. (2010). *O fogo através do fogo: Ogum e a calcinatio no processo de psicoterapia*. [Monografia de Especialização]. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- Franz, M. L. (2022). *Alquimia: uma introdução ao simbolismo e seu significado na psicologia de Carl G. Jung*. Cultrix. (Trabalho original publicado em 1980).
- Hillman, J. (2011). *Psicologia alquímica*. Vozes.
- Jung, C. G. (2012a). *Mysterium Coniunctionis: pesquisas sobre a separação e a composição dos opostos psíquicos na alquimia*. In Obras Completas de C. G. Jung (Vol. 14/2). Vozes. (Trabalho original publicado em 1956).

- Jung, C. G. (2012b). Psicologia e alquimia. In *Obras Completas de C. G. Jung* (Vol. 12). Vozes. (Trabalho original publicado em 1944).
- Jung, C. G. (2013). A prática da psicoterapia. In *Obras Completas de C. G. Jung* (Vol. 16/1). Vozes. (Trabalho original publicado em 1966).
- Jung, C. G. (2021). *Memórias, sonhos, reflexões*. Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1963).
- Koller, S. H., Hohendorff, J., & Couto, M. C. P. P. (2014). *Manual de produção científica*. Penso.
- Lima, L. P. (2016). Psicoterapia para psicoterapeutas: luxo, obrigação ou necessidade? *IGT na Rede*, 13(24), 60-84. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262016000100005&lng=pt&tlng=pt
- Marcelino, D. B. (2020). Pandemia tsunami: análise simbólica e alquímica no Serviço de Psicologia em UBS. *Cadernos de Psicologias*, 1. Recuperado de <https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/pandemia-tsunami-analise-simbolica-e-alquimica-no-servico-de-psicologia-em-ubs/>
- Minayo, M. C. S., & Gomes, S. F. D. R. (2009). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Resolução CFP n. 10, de 20 de dezembro de 2000. (2000). Especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo. Conselho Federal de Psicologia. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_10.pdf
- Santos, J. C. (2022). *Imaginário e envelhecimento: experiência de idosos com doença renal crônica na perspectiva da Psicologia Analítica*. [Tese de Doutorado]. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-15022023-190820/pt-br.php>
- Santos, O. T. L. (2011). *Transmutação alquímica na obra de Roger Bacon*. [Monografia de Graduação]. Universidade de Brasília. <https://bdm.unb.br/handle/10483/2875>
- Souza, H. M. (2014). Atravessamentos alquímicos na Psicologia. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 35(2), 91-102. <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2014v35n2p91>
- Stein, M. (2006). *Jung: o mapa da alma: uma introdução*. Cultrix.
- Valente, A. G. (2017). *O mercurius alquímico como modo de compreender a alquimia em Jung*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Paraná. <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/48528/R%20-%20D%20-%20ANDRE%20GUGELMIN%20VALENTE%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vargas, N. S. (2017). Aspectos históricos da alquimia. *Junguiana*, 35(2). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-08252017000200008&lng=pt&tlng=pt

A Psicologia na Atenção Primária à Saúde Segundo a Percepção de Usuários(as)

Luciana Elisabete Savaris¹  e Mônica Karpinski² 

*Universidade Federal do Paraná; Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil
Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Curitiba, Paraná, Brasil*

Resumo: A atuação do(a) psicólogo(a) na Atenção Primária à Saúde (APS), como parte das estratégias implementadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), representa um progresso na construção do cuidado em Saúde Mental de forma integral e territorial no Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, existem desafios que a psicologia enfrenta nesse contexto, considerando sua construção histórica. Esta pesquisa pretendeu, através de uma abordagem qualitativa e exploratória, com aplicação de entrevistas semiestruturadas, compreender a percepção da psicologia na APS segundo usuários(as) de um Distrito Sanitário de Saúde do município de Curitiba, Paraná. Foram investigadas percepções sobre as práticas atribuídas aos(as) psicólogos(as), identificadas as queixas e demandas que levam à busca de atendimento em psicologia, investigado a expectativa destes(as) usuários(as) referente a intervenção psicológica e como a acessam. Para a análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin, onde emergiram três categorias: “Práticas Psicológicas”, “Queixas e Demandas Psicológicas” e “Como acessar?”. Os resultados apontam para dificuldades por parte das participantes em compreender sobre o que os(as) psicólogos(as) fazem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foi identificada uma série de questões que levam as pessoas a buscarem atendimento psicológico, incluindo problemas do cotidiano, sintomas psicopatológicos e situações de violência. O acesso aos serviços de psicologia nas UBS foi identificado como um desafio, com relatos de dificuldades para encontrar psicólogos(as) disponíveis e falta de clareza sobre como acessar esses serviços. Essas descobertas destacam a necessidade de fortalecer e melhorar as práticas da psicologia na APS, garantindo um cuidado mais acessíveis e eficazes que atenda às necessidades da população.

Palavras-chave: psicologia, atenção primária à saúde, percepção de usuários

Psychology in Primary Health Care According to Users' Perception

Abstract: The role of psychologists in Primary Health Care, as part of the strategies implemented by Family Health Support Centers, represents progress in the comprehensive and territorial construction of Mental Health care within the Unified Health System. However, there are challenges that psychology faces in this context, considering its historical development. This research aimed, through a qualitative and exploratory approach, with the application of semi-structured interviews, to understand the perception of psychology in Primary Health Care according to users in a Health District in the city of Curitiba, Paraná. Perceptions about the practices attributed to psychologists were investigated, complaints and demands that lead to seeking psychological care were identified, and the expectations of these users regarding psychological intervention and how they access it were explored. Content Analysis by Bardin was used for data analysis, revealing three categories: “Psychological Practices,” “Psychological Complaints and Demands,” and “How to Access?”. The results indicate difficulties among participants in understanding what psychologists do

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Paraná e Faculdades Pequeno Príncipe. *E-mail:* Lucianaesavaris@sms.curitiba.pr.gov.br

² Psicóloga, pós-graduada em Saúde da Família pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. *E-mail:* monicakarpinski.psic@gmail.com

Submetido em: 18-02-2024. Primeira decisão editorial: 02-06-2024. Aceito em: 06-08-2024.

in Basic Health Units. A variety of issues leading people to seek psychological care were identified, including everyday problems, psychopathological symptoms, and situations of violence. Access to psychology services in Basic Health Units was recognized as a challenge, with reports of difficulties in finding available psychologists and a lack of clarity on how to access these services. These findings underscore the need to strengthen and improve psychology practices in Primary Health Care, ensuring more accessible and effective care that meets the needs of the population.

Keywords: psychology, primary health care, user perception

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi constituído no ano de 1988, expresso em um capítulo na Constituição Federal dedicado à saúde pública, e regulamentado com a Lei n. 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (*Lei nº 8.080*, 1990). O SUS abrange todo o território brasileiro e está à disposição de todos os cidadãos e cidadãs. Como o acesso é gratuito e capilarizado, oferecendo serviços não só de assistência à saúde, mas também de vigilância sanitária e epidemiológica, pode-se afirmar que o SUS cobre indistintamente toda a população brasileira (Busato & Cubas, 2020).

Quando se trata de saúde, é preciso considerar os modelos de cuidado que regem cada sociedade em cada época. O modelo biomédico, ou seja, aquele que “prioriza o orgânico e propõe que toda doença ou desordem física pode ser explicada por alterações no processo fisiológico” (Yépez, 2001, p. 50), tornou-se hegemônico durante o século XX e ainda reflete nas práticas atuais. Contudo, com as mudanças no processo de adoecimento e seus estudos, os aspectos psicológicos e sociais, assim como os estilos de vida passam a ganhar visibilidade. É nesse contexto que a participação de outras esferas do conhecimento e não só da medicina, ganham reconhecimento (Yépez, 2001).

A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária à Saúde (APS) “empreendeu uma significativa reestruturação no modelo de atenção, visando tornar a APS o centro dos processos de cuidado em saúde, como porta

de entrada dos serviços e como forma de buscar mais efetividade na resolução dos problemas de saúde da população brasileira” (Nepomuceno et al., 2021, pp. 3-4). Entretanto, a “implantação da ESF por si só não garante a modificação do modelo assistencial médico-centrado. Essa depende da mudança na forma de se produzir o cuidado, assim como dos diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários” (Schwartz et al., 2010, p. 2152). Há uma demanda específica na ESF que revela dimensões sociais do sofrimento humano, assim é preciso que as práticas profissionais sejam orientadas por uma leitura social dos problemas de saúde (Nepomuceno & Pontes, 2017).

Quando se fala especificamente da política de saúde mental brasileira, o movimento da reforma psiquiátrica foi um marco importante para a “substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico para um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial” (Ministério da Saúde, 2013, p. 21). A construção do modelo de atenção psicossocial tem vários marcos históricos e legais, dentre eles a Lei n. 10.216 de 2001, que determina a garantia de direitos às pessoas com transtornos e o redirecionamento do modelo assistencial mentais (*Lei nº 10.216*, 2001). Dez anos após sua homologação, a Portaria n. 3.088/11 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que considerou a necessidade do cuidado em diferentes dispositivos e com equipes multiprofissionais (*Lei nº 3.088*, 2011). Nesta lógica, a APS passa a ser o primeiro acesso ao sistema de saúde também para pessoas com demandas de um cuidado em saúde mental (Ministério da Saúde, 2013).

Nesse cenário, a atuação da psicologia na APS é legitimada com a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Os NASF se configuraram como arranjos organizacionais e devem se estruturar em duas dimensões, técnico pedagógico e clínico-assistencial (Viana & Campos, 2018). No ano de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é revisada e, com as atualizações feitas, o NASF passa a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Ao trocar o termo “apoio” pelo adjetivo “ampliado” o

conceito de apoio matricial é retirado da política de atenção básica, mudando a lógica de atuação e retirando o incentivo financeiro a estas equipes. Somente no ano de 2023, o modelo de equipes multiprofissionais passa por nova reformulação e a Portaria n. 635/2023 prevê diretrizes para as agora chamadas equipes multiprofissionais (eMulti), com o objetivo de promover o trabalho colaborativo entre profissionais, a integralidade da atenção, a ampliação das práticas no território, a integração de serviços, o fortalecimento dos atributos essenciais e derivados da APS, a articulação com outros serviços e a intersetorialidade, além da retomada do incentivo financeiro (*Portaria nº 635, 2023*).

Cabe destacar ainda que no ano de 2019 o Conselho Federal de Psicologia (CFP) elabora o documento “Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde”, instrumento técnico e político que busca demarcar esse espaço de atuação da psicologia (CFP, 2019). Este documento insere a psicologia junto a população adscrita num território, em articulação com equipes da ESF, com outros dispositivos e recursos comunitários, “a fim de apoiar a construção de planos de cuidado e projetos terapêuticos singulares nos casos, de oferecer educação continuada de forma a instruir outros profissionais com o olhar da psicologia” (p. 34). Também convoca este profissional a ações de prevenção e promoção no campo da saúde mental (CFP, 2019).

Após quase 15 anos de atuação desde a implementação do NASF, diversas são as pesquisas (Costa & Rodrigues, 2010; Lemos & Lhullier, 2020; Medeiros, 2020; Moreira et al., 2021; Oliveira et al., 2004; Nepomuceno & Brandão, 2011; Nepomuceno & Pontes., 2017; Nepomuceno et al., 2021; Parise & Antoni, 2014) que buscam compreender como o(a) profissional de psicologia tem efetivamente atuado no contexto da APS. Estes estudos se propõem a descrever e discutir diversos pontos dessa atuação, sendo os perfis teórico-prático dos(as) profissionais e sua formação, conceitos importantes para a atuação, atividades desenvolvidas, desafios e dificuldades, também relações e hierarquias no ambiente de trabalho. Tais pesquisas realizadas a partir de levantamentos teóricos e entrevistas com

profissionais, assim como as referências técnicas, são fundamentais para a construção de saberes, a fim de tomar conhecimento daquilo que a categoria tem produzido enquanto prática e aperfeiçoar os conhecimentos da psicologia no contexto de saúde coletiva. Isto se torna relevante visto que o cotidiano dos(as) psicólogos(as) que trabalham nas ESF é marcado por lutas e negociações acerca de sua especificidade profissional cotidianamente (Nepomuceno et al., 2021).

Entende-se relevante, ao investigar atuação dos(as) psicólogos(as) no contexto da APS, considerar também a percepção dos(as) usuários(as). Estas informações e impressões são significativas quando se procura um referencial acerca de determinado tipo de conhecimento (Costa & Rodrigues, 2010; Crusoé, 2004; Schwartz et al., 2010). Assim, a presente pesquisa se propôs a compreender a percepção da psicologia na Atenção Primária à Saúde segundo usuários(as) de um Distrito Sanitário de Saúde do município de Curitiba, capital do Estado do Paraná. Para atingir esse objetivo primário, foram descritas as práticas atribuídas aos(as) psicólogos(as) da APS pelos(as) usuários(as), identificadas as queixas e demandas que levam a busca de atendimento em psicologia, investigado a expectativa destes(as) usuários(as) referente a intervenção psicológica e compreendido como a acessam.

Metodologia

Este artigo apresenta a pesquisa realizada durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) de uma das pesquisadoras, psicóloga de formação. O Programa de Residência está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Curitiba-PR, e o cenário de prática são Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ESF. Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, com objetivos exploratórios descritivos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde sob parecer consubstanciado n. 5.955.888 na data de 21 de março de 2023.

Após a aprovação do CEP, a pesquisa foi divulgada junto aos Conselhos Locais de Saúde,

um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, no âmbito do SUS dentro da sua área de abrangência (Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2020). Adotou-se a estratégia *snowball* (bola de neve) para chegar ao número de participantes pretendido, assim a cada participante identificado(a) era solicitada indicação de um(a) novo(a) participante (Vinuto, 2014). A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e julho de 2023.

Foram incluídas pessoas com 18 anos ou mais, ambos os sexos, usuários(as) do SUS, cadastrados(as) em alguma das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário escolhido para a coleta e que aceitaram ter suas entrevistas gravadas em áudio mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim com o Termo de Uso de Voz. Por incluir a participação de seres humanos, esta pesquisa seguiu os aspectos éticos dispostos na Resolução n. 466/2012 e, por tratar-se de pesquisa na área das ciências humanas e sociais, também considerou a Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a coleta de dados, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, pois esse instrumento de coleta possibilita “identificar os sentimentos, pensamentos, opiniões, crenças, valores, percepções e atitudes do entrevistado em relação a um ou mais fenômenos” (Guazi, 2021, p. 2). As questões direcionadas aos(as) participantes de pesquisa foram referentes ao que faz um(a) psicólogo(a) na UBS, quais os motivos que levam um(a) usuário(a) a solicitar atendimento, se sabem da existência de profissionais da psicologia em UBS, se o(a) participante de pesquisa já solicitou tal atendimento e como acessou.

Os dados coletados foram gravados, posteriormente transcritos e analisados a partir da proposta de Bardin. Essa técnica de tratamento de dados em pesquisa qualitativa exige um esforço por parte do(a) analista, pois este(a) precisará “entender o sentido da comunicação, como se fosse o(a) receptor(a) normal”, mas também “desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira” (Câmara, 2013, p. 182).

O processo de análise iniciou-se pela pré-análise, sendo estabelecido como esquema de trabalho, além da leitura flutuante, a organização do material com o recorte das entrevistas a partir dos nossos objetivos, em unidades comparáveis de categorização para análise. Na segunda fase, ou fase de exploração do material, foram realizadas classificações em blocos, onde foram se tornando cada vez mais claras e apropriadas para os propósitos do estudo, emergindo então três categorias de análise: “Práticas Psicológicas”, “Queixas e demandas psicológicas” e “Como acessar?”. Nestas, foram feitas interpretações referentes à terceira fase, chamada de *tratamento dos resultados*, dialogando com marcos teóricos (Câmara, 2013).

Resultados e Discussão

Foram realizadas sete entrevistas semiestruturadas. Quanto ao perfil sociodemográfico, apenas um participante de pesquisa se declarou do gênero masculino, sendo as demais do gênero feminino³. Quanto à faixa etária, esta variou entre 35 e 70 anos. Referente à escolaridade, 57,1% das participantes possuíam Ensino Fundamental incompleto, 14,2% com Ensino Médio incompleto e 28,5% com Ensino Superior incompleto. Quanto à raça, pessoas pardas, pretas e amarelas correspondem a 85,7%, com apenas uma entrevistada se autodeclarando branca. Entre as entrevistadas, quando perguntado acerca da sua ocupação, havia aposentados(as) (28,5%), diarista (14,2%), *homecare* (14,2%), autônoma (14,2%), líder comunitária (14,2%) e desempregada (14,2%). Todas as participantes de pesquisa utilizam Unidades de Saúde e estão vinculadas ao referido Distrito Sanitário há mais de sete anos.

Cabe ressaltar que os resultados aqui apresentados representam a realidade provisória e não generalizável. Foram encontrados percepções, significados e significações, pontos de vista, experiências sobre a psicologia na APS, através de respostas muito particulares, uma vez que os

³ Portanto, quando houver generalizações sobre as pessoas participantes da pesquisa, adotou-se o pronome feminino.

sujeitos da pesquisa são singulares e vivenciam uma realidade particular em um Distrito Sanitário do município de Curitiba (PR). Assim como em pesquisa realizada por More et al., (2001), as respostas obtidas tiveram como referências as situações vivenciadas pelas próprias participantes de pesquisa ou da sua rede mais próxima.

Categoria 1 - Práticas Psicológicas

Quando perguntadas a respeito do que faz um(a) psicólogo(a) em UBS, algumas das participantes de pesquisa afirmam ter dificuldade em entender:

“Que uma profissional da psicologia faz? Pois eu não posso te responder o que que faz, porque eu não sei o que que é” (P1). “Eu não entendo muito bem” (P2). “Não entendo bem como ela trabalha lá [UBS]” (P3).

De acordo com Schneider et al. (2014), esta dificuldade quanto ao entendimento não ocorre apenas entre usuários(as) do SUS, os(as) próprios(as) psicólogos(as) apresentam incertezas quanto a sua atuação no campo da saúde. Afinal

a relação entre a Psicologia e a saúde no âmbito da Atenção Básica (AB) é profundamente nova; é uma área em formação, seja por cronologia — a portaria que define a atuação do Núcleo de Saúde da Família (NASF) foi publicada em 2008 — seja por assentar um modo efetivamente diferente de entender o lugar da(o) psicóloga(o) e sua relação com o trabalho. (CFP, 2019, p. 9)

Contudo, extrapolando o contexto da APS, perpassa ao senso comum a ideia de que o(a) psicólogo(a) “ajuda” e “aconselha” e faz isso a partir da “conversa”, conforme descrito pelas participantes:

“ajudou a sair do buraco” (P2); “conversando e ajudando” (P2); “Tentam ajudar as pessoas” (P3); “Ajudar com conversa, que tem hora que a pessoa saber entender a gente é melhor do que remédio” (P3); “Lida com as pessoas, saber da vida das pessoas para tentar ajudar [...] ajudar na mental, orientação” (P4); “conversando sobre a vida” (P4); “ajuda a gente colocar nossa cabeça em ordem, visualizar a nossa potência que

a gente têm para resolver um problema né, para continuar saudável. Que às vezes é um problema que você acha que você não tem condições de resolver aquele problema e o psicólogo te ajuda” (P5); “uma conversa, uma orientação, tipo para entender o que o paciente está sentindo” (P6).

Os achados deste estudo são similares ao realizado por More et al. (2001) no qual “constatou-se que a representação social do psicólogo é a de um profissional que lida com problemas emocionais, que ajuda, orienta e conversa” (p. 85), esta pesquisa foi realizada com funcionários(as), técnicos(as) e pacientes, há mais de vinte anos e ainda é possível encontrar similaridade na representação da prática psicológica. Pode-se refletir que tal construção encontra ancoragem tanto na legislação como em abordagens teóricas que contribuem para esta manutenção. Na Lei n. 4.119/62 que regulamenta a psicologia como profissão é possível encontrar no seu artigo 13º como uma das atribuições do(a) psicólogo(a) a “solução de problemas de ajustamento” (*Lei nº 4.119, 1962*). Dentre os achados teóricos, se nos reportamos ao psicólogo Carl Rogers, pode-se citar o “Manual de *counseling*” (Rogers, 1946/2000) do período pós Segunda Guerra Mundial, que desenvolve a prática do aconselhamento em psicologia. Deste modo, é possível dizer que as narrativas deste estudo estão construídas num processo histórico e simbólico, envoltos na dinâmica social e cultural na qual os sujeitos estão inseridos. E é nesse contexto que tais conhecimentos são compartilhados e que embasam suas ações.

Categoria 2 – Queixas e demandas psicológicas

A segunda questão deste estudo buscou identificar queixas e demandas que levam a busca de atendimento em psicologia em UBS. Constatou-se uma grande diversidade e complexidade nas respostas que, para efeitos desse estudo, foram subdivididas em queixas referentes ao “Cotidiano da Vida”, “Sinais e Sintomas Psicopatológicos” e “Violências”.

Subcategoria – Cotidiano da Vida

“Muito esquecimento, muito nervosismo” (P1); “separação do casamento” (P2); “vários problemas que já têm na vida [...] que carrega

com ela [...] acaba trazendo um problema assim na cabeça dela” (P4); “Adolescentes com separação dos pais” (P4); “perdas e luto, dor e sofrimento” (P4); “até mesmo para tirar sua habilitação, porque precisou, chegou lá, não passou no exame” (P5); “ajudaria na família” (P5); “eu procuraria se eu tivesse com problema, assim, de falta de sono, de alguma coisa incomodando a minha mente ou se eu precisasse desabafar como eu te disse, uma coisa que talvez a família não entendesse” (P6); “a minha mãe está com câncer” (P7); “problemas do dia a dia, do cotidiano (P7)”.

Crusoé & Santos (2020), ao discutirem o teórico Alfred Schutz, indicam que na vida cotidiana as pessoas vivenciam “angústias e preocupações, em intersubjetividade com seus semelhantes e isso constitui a existência social” (p. 14). Minkowski (1999) corrobora ao afirmar que “o sofrimento é uma parte integrante da existência humana” (p. 156), legitimando esta demanda e confirmando a descrição de Carl Rogers e Rachel L. Rosenberg (1977) em sua obra *A pessoa como centro* que indica a procura pela psicologia de pessoas que buscam superar dificuldades ou carências.

A psicologia é, portanto, uma profissão identificada como diferente das demais. “Marcada por um olhar sensível e uma escuta qualificada em termos dos processos subjetivos e intersubjetivos” o(a) psicólogo(a) é compreendida como um(a) profissional “capaz de intervir de modo mais competente no âmbito das relações interpessoais e de trabalho” (Nepomuceno et al., 2021, p. 6), e por isso são procurados nos serviços de saúde para tais questões.

Subcategoria - Sinais e Sintomas Psicopatológicos

“crise de ansiedade, um começo de depressão e ansiedade” (P1); “Crise [...] não sabe explicar, da segura na boca, vontade de chorar, me dá medo, me dá tremura muito forte no corpo, frio, calor, é horrível, tira o apetite, tira o sono” (P3); “queria matar os outros, dar facadas nos outros” (P4); “às vezes a pessoa tem problemas com algum

vício, né? Que precisa muito do psicólogo [...]. Não estou falando do viciado que já tá inconsciente que não quer. Mas eu estou falando viciado que quer ajuda” (P5); “eu comecei a passar muito mal. Eu tinha muito medo. Era um medo terrível, assim de ficar sozinha de dormir sozinha” (P6); “parecia assim que tinha um túnel me puxando. E foi aquele desespero assim, sabe? E mesmo eu acordada, parecia que aquilo estava me puxando e me levando, e daí eu comecei a entrar em pânico e ficar desesperada” (P6).

Esta subcategoria pode ser analisada a partir da definição e dos dados epidemiológicos disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde [OMS] (WHO, 2021) que define transtornos mentais e de comportamento, como aqueles caracterizados com uma perturbação clinicamente significativa no pensamento, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo, geralmente associados ao sofrimento ou prejuízo em áreas importantes de funcionamento. Dentre os transtornos, os mais prevalentes em 2019, eram: os transtornos de ansiedade (301 milhões de pessoas, incluindo 58 milhões de crianças e adolescentes); a depressão (280 milhões de pessoas viviam com depressão, incluindo 23 milhões de crianças e adolescentes); o transtorno bipolar (40 milhões de pessoas); a esquizofrenia (24 milhões de pessoas); os transtornos alimentares (14 milhões de pessoas, incluindo quase três milhões de crianças e adolescentes); o transtorno de comportamento antissocial (40 milhões de pessoas, incluindo crianças e adolescentes) (WHO, 2021). Deste modo, os achados estão em confluência com a prevalência de quadros psicopatológicos na população em geral o que leva a busca de atendimento em saúde mental.

Se anterior a Reforma Psiquiátrica os transtornos em saúde mental eram trabalhados em serviços especializados, como os Hospitais Psiquiátricos, o novo modelo de atenção à saúde traz a responsabilidade de um cuidado em saúde mental para uma rede complexa de atenção, a RAPS (*Portaria nº 3.088*, 2011). Nesse cenário, a APS “tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao Sistema de Saúde, inclusive daquelas que

demandam um cuidado em saúde mental” (Ministério da Saúde, 2013). Isso implica dizer que estes cuidados ofertados na APS não devem ser direcionados apenas aos(as) profissionais da psicologia, mas numa construção conjunta de saberes como exige um manejo adequado em transtornos mentais. Como apontam os diversos artigos analisados por Lemos & Lhullier (2020) essa fragmentação, ou seja, um direcionamento do cuidado apenas para profissionais especializados(as) em saúde mental, acontece pela falta de implementação efetiva do cuidado integral na saúde nas práticas do SUS, sendo necessário construir “um olhar para esse sujeito como pessoa que sofre” (p. 179) em todas as profissões da área da saúde.

Subcategoria - Violências

“O que já viveu no passado, o que já passaram, e hoje traz muito trauma para vida, sofrimento e dor” (P4); “Abuso sexual, tipo mulheres que já apanharam muito dos maridos, pessoa que foram muito alcoólatras” (P4); “Pessoas que já moraram na rua (P4)”; “Comunidade foi incendiada [...] muitas crianças vivenciaram isso. [...] as vezes é homicídio, as coisas assim as crianças acabam escutando e acaba trazendo o trauma na cabeça deles (P4); “Os adolescentes tem muita mania de querer dizer que quer se matar” (P4); “mãe que teve o filho assassinado com mais de 10 tiros” (P4); “casos de droga, álcool, abuso [sexual], né? Crianças que convivem com pais drogados” (P7); “Violência doméstica” (P7).

A OMS (Krug et al., 2002, p. 5) define violência como o “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça” e estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: a - violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida), b - violência interpessoal (doméstica e comunitária) e c - violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). Segundo dados do Atlas da Violência (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2019), no ano de 2017 houve no Brasil 65.502 homicídios, taxa de 31,6 por 100 mil habitantes, sendo a maior taxa da história, quando se volta às minorias a questão da

violência se mostra ainda mais preocupante. Neste mesmo ano, 13 mulheres sofreram violência por dia e entre a população LGBTQIA+ foram recebidas 193 denúncias de homicídios. Cabe considerar que, para além daquilo que é notificado, o país vivencia muitas situações que não são deflagradas e não entram nas estatísticas oficiais, mas certamente impactam na qualidade de vida e na saúde mental da população.

Segundo apontado por Rodrigues et al. (2018) em pesquisa realizada com profissionais e usuários(as) da APS, a violência é um problema que afeta a população e que as Unidades Básicas de Saúde, pelo nível de atenção que atuam, capilarizadas e próximas ao território, precisam favorecer cuidados adequados para lidar com os efeitos dessas experiências. Ainda segundo os achados das mesmas autoras, faz-se necessário uma retomada dos preceitos básicos da APS, principalmente no que diz respeito “a integralidade, indispensável frente à complexidade e aos múltiplos danos causados pela violência” (Rodrigues et al., 2018, p. 62).

A atuação da psicologia no primeiro nível de atenção em saúde visa contribuir para a construção da integralidade no cuidado e na atenção à saúde, afinal “a prática interdisciplinar se constitui como uma importante ferramenta para o desenvolvimento da atenção integral à saúde” (Parise & Antoni, 2014, p. 79). Entende-se que uma das ações do(a) profissional da psicologia que contribui para ampliar capacidade das UBS em acolher de forma resolutiva e efetiva demandas em saúde mental já no primeiro nível de atenção é através do matriciamento, ou seja, pelo suporte técnico às equipes mínimas (Lemos & Lhullier, 2020).

Nesse sentido, vale ressaltar que o trabalho realizado pelos(as) psicólogos(as) na Atenção Primária, especificamente na Estratégia Saúde da Família, é ampla e pode incluir territorialização e planejamento local de saúde, ações de acolhimento, visitas domiciliares, ações de suporte à saúde mental, sendo possível, atendimento individual, de casal e de famílias, grupos terapêuticos, triagem em saúde mental, grupos de crescimento pessoal, interconsultas, atividade nas escolas, ações de educação permanente, facilitação de grupo nas reuniões de equipes multiprofissionais, ações

comunitárias e de articulação de redes sociais, ações de fomento à participação e controle social entre outros (Nepomuceno & Brandão, 2011).

Categoria 3 - Como Acessar?

Sobre ter psicólogo(a) na UBS: “Antigamente tinha, agora não sei” (P2); “ali no posto não sei não, não sei como funciona ali, mas não tem não” (P3); “não sei se era todo dia que ela vinha atender, mas se não me engano era só uma vez que vinha fazer a avaliação a consulta” (P3); “Difícil conseguir psicólogo na UBS (P4); “pode ser que tenha na UBS, mas o acesso é bem difícil”(P4); “Na verdade, eu nem sei se temo psicóloga do posto” (P5); “tem, eu sei que tem [no SUS]. Eu não sei se digamos tenha ali [na UBS] (P5); “Não sei se tem” (P6); “como funciona no momento eu não sei, eu não sei que se eu precisar de uma psicóloga agora como que eu faço. Mas a primeira coisa que eu vou fazer é ir ali no balcão [recepção da unidade] perguntar, porque sou muito de perguntar, né? Daí eu vou perguntar, daí eles vão orientar, né?” (P6).

Como é o acesso: “Foi no postinho de saúde” (P1); “agendado pela enfermeira da UBS” (P1); “A própria equipe da UBS indicou o encaminhamento para psicologia e psiquiatria” (P2); “Cheguei com papel, daí contei para enfermeira e para médica o que estava acontecendo” (P2); “entrou na fila para psi da UBS” (P2); “não tem vaga no postinho, você vai não acha vaga, não acha nada (P2); “clínico geral me passou para uma psicóloga” (P3); “consulta na UBS com a psicóloga, ela me avaliou e me mandou para o grupo” (P3); “eu vou lá passo pela avaliação [enfermagem] e falo que quero uma psicóloga e ela me manda” (P5); “eu tentei, daí tinha uma fila de espera de algum tempo. Porque às vezes você está tendo um problema que você quer ser resolvido na hora, né? E daí tipo assim, esperar 60 dias pra ir na psicóloga pra desabafar um problema, você está passando agora” (P7).

Os achados denotam aspectos relevantes, destacando-se o desconhecimento do(a) profissional da psicologia na UBS, assim como a dificuldade de acesso a este profissional dentro do SUS. Em pesquisas semelhantes realizada por Schwartz et al. (2010) a questão da dificuldade do acesso também é evidenciada, fato que pode ser analisado pela capacidade instalada como aponta Nepomuceno & Brandão (2011). Isso implica dizer que um fazer eficiente e resolutivo na APS torna-se difícil “quando os territórios de abrangência se tornam maiores que quatro equipes mínimas de ESF – o que representa um profissional psicólogo para no máximo 4000 famílias” (Nepomuceno & Brandão, 2011, p. 773). Oliveira et al. (2004) já anunciava que o modelo atual era insuficiente para atender à crescente demanda de saúde mental, fato corroborado por Medeiros (2020) que afirma a questão do cuidado a saúde mental como um dos nós críticos da APS.

Quando se trata de acesso, é fundamental promover a conscientização na comunidade sobre saúde mental e os recursos possíveis, mas também disponibilizar recursos adequados para quem precisa destes (Oliveira et al., 2004). Isso ressalta a importância de políticas e serviços de saúde mental acessíveis e eficazes para atender às necessidades da população.

Considerações Finais

As práticas de saúde oferecidas pelo SUS são multifacetadas e abrangem não apenas a assistência à saúde, mas também aspectos de prevenção e promoção de forma integral e territorial através da APS. Mesmo com significativos avanços, como os alcançados com a implementação de equipes multiprofissionais nesse nível de atenção, o cuidado em saúde mental na APS é palco de tensões e lutas. Quanto a inserção do(a) profissional psicólogo(a), estudos apontam benefícios no sentido de um cuidado integral a saúde, contudo também evidenciam que a formação do psicólogo ainda nos dias atuais recebe pouco investimento para o trabalho em equipe e para práticas colaborativas, o que pode repercutir em desafios para efetivação de uma prática no contexto da APS.

Com esta pesquisa, foi possível compreender a percepção dos(as) usuários(as) acerca da atuação da psicologia na APS e promover discussões pertinentes ao campo. Observou-se uma percepção baseada em ajudar, aconselhar e dialogar, ainda muito atrelada às construções históricas estruturadas em uma visão clínica, e que suas expectativas em relação à intervenção psicológica abrangem questões que extrapolam questões unicamente subjetivas, mas também sociais e culturais. Há diversidade de situações que a população compreende ser possíveis de serem trabalhadas junto aos(as) psicólogos(as), o que acaba por apontar para um trabalho generalista na atuação do(a) psicólogo(a) na ESF.

A diversidade de demandas em saúde mental que chegam à UBS, sejam elas relacionadas ao cotidiano de vida, sinais e sintomas psicopatológicos ou violências, como aqui categorizadas, precisam perpassar os diversos campos de saberes e profissionais presentes na APS. O conhecimento específico da psicologia sobre tais questões precisam circular e compor o cuidado em saúde mental na APS de forma conjunta e compartilhada, o que por vezes irá demandar, para além de atendimentos com psicólogos(as) individuais, mas na exploração de outras práticas psicológicas na APS. Para isso, é necessária uma implementação efetiva do trabalho multiprofissional nos serviços de Atenção Primária à Saúde, através de um modelo de cuidado psicossocial.

A falta de informação sobre a presença desses(as) profissionais nas UBS, junto com a demanda significativa e a limitação de recursos, também é um dado relevante que aponta desconhecimento por parte da população sobre os cuidados em saúde oferecidos nos serviços de saúde próximos às suas casas. Assim, o fornecimento de informações e a construção conjunta junto às comunidades das ofertas em saúde, pode contribuir para uma melhoria significativa na acessibilidade e na eficácia dos serviços de saúde mental.

As limitações deste estudo podem ser encaradas como oportunidades para futuras pesquisas, especialmente no que se refere à ampliação do número de participantes e à diversificação das regiões investigadas, a fim de verificar como isto pode afetar as percepções dos(as)

usuários(as) sobre a atuação do(a) psicólogo(a) na APS, podendo então enriquecer ainda mais nossa compreensão. De todo modo, a abordagem qualitativa permitiu uma exploração profunda das experiências e percepções dos(as) participantes desta pesquisa. Essa compreensão pode contribuir para aprimorar e consolidar o papel dos(as) psicólogos(as) nesse contexto tão importante para a saúde coletiva. Mesmo com as diversas dificuldades e tensionamentos apresentados, torna-se evidente a importância da atuação da psicologia junto às equipes de saúde que atuam na APS para a construção de um SUS em que a prática está sempre em consonância com seus princípios e diretrizes.

Referências

- Busato, I. M. S., & Cubas, R. F. (2020). *Política de saúde no Brasil*. InterSaberes.
- Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179-191. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde* (2a ed.). CFP. Recuperado em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CFP_atencaoBasica-2.pdf
- Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. (2020). *Regimento interno*. Recuperado de <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Min%20Regimento%20Interno%20CONSELHO%20LOCAL%20aprovado%20em%202009.12.2020.pdf>
- Costa, R. C., & Rodrigues, C. R. F. (2010). Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Rev. APS*, 13(4), 465-475. Recuperado de <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14573>
- Crusoé, N. M. C. (2004). A teoria das representações sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. *APRENDER - Cad. de Filosofia e Pisc. da Educação*, (2), 105-114. Recuperado de <http://periodicos2.uesb.br/index.php/aprender/article/view/3065>
- Crusoé, N. M., & Santos, E. M. (2020). Fenomenologia sociológica de Alfred Schütz: contribuições para a investigação qualitativa em prática educativa. *Rev. Tempos Espaços Educ.*, 13(32), e-13274. <https://doi.org/10.20952/revtee.v13i32.13274>
- Guazi, T. S. (2021). Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. *Revista Educação, Pesquisa e Inclusão*, 2. <https://doi.org/10.18227/2675-3294repi.v2i0.7131>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2019). *Atlas da violência 2019*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Recuperado de <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>
- Lei n. 4.119, de 27 de agosto de 1962. (1962). Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Presidência da República. https://transparencia.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/15/2016/12/Lei-4119_1962.pdf
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Lemos, V. S., & Lhullier, C. (2020). A psicologia na atenção básica e a saúde coletiva. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(3), 177-188. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v12n3/v12n3a12.pdf>
- Medeiros, R. H. A. (2020). Psicologia, saúde e território: experiências na atenção básica. *Psicologia em Estudo*, 25, e43725. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pe/a/CSMzdWfSTYDNLw7dLFCnYhn/?format=pdf&lang=pt>
- Ministério da Saúde. (2013). Saúde mental. *Cadernos de Atenção Básica*, 34. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
- Minkowski, E. (1999). Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto prático da existência). *Rev. Latinoam. Psicop. Fund.*, 3(4), 156-164. <https://doi.org/10.1590/1415-47142000004012>
- More, C. O. O., Leiva, A. C., & Tagliari, L. V. (2001). A representação social do psicólogo e de sua prática no espaço público-comunitário. *Paidéia*, 11(20), 85-98. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2001000200010>

- Moreira, A. M. M., Ramos, B. B., Aragão, T. A. P., Baroni, L. D., Fontanele, K. C., & Araújo, J. L. S. (2021). Psicologia na atenção primária à saúde: desenhando possíveis cenários de atuação a partir da formação. *Sanare*, 20(2), 107-114. <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i2.1431>
- Nepomuceno, L. B., Bosi, M. L. M., Dimenstein, M., & Pontes, R. J. S. (2021). Práticas de psicólogos na estratégia saúde da família: poder simbólico e autonomia profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189629>
- Nepomuceno, L. B., & Brandão, I. R. (2011). Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 3(4), 762-777. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400008>
- Nepomuceno, L. B., & Pontes, R. J. S. (2017). O espaço socioprofissional da estratégia saúde da família sob a perspectiva de psicólogos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 289-303. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000352015>
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Costa, A. L. F., Silva, F. L., Alverga, A. R., Carvalho D. B., & Yamoto, O. H. (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 9(17), 71-89. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/354/35401705.pdf>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. (Eds.). (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra. Recuperado de <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
- Parise, L. F., & Antoni, C. (2014). A psicologia na atenção primária à saúde: práticas psicossociais, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Clinica & Cultura*, 3(1), 71-85. Recuperado de <https://periodicos.ufs.br/clinicaecultura/article/view/1991/2511>
- Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. (2008). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Ministério de Estado da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Portaria n. 635, de 22 de maio de 2023. (2023). Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/orientacoes/nota-informativa-e-multi-portaria-635-2023-1684936021.pdf>
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério de Estado da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. (2016). Normativa para atividades de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Rodrigues, E. A. S., Tavares, R., Melo, V. H., Silva, J. M., & Melo, E. M. (2018). Violência e atenção primária à saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. *Saúde Debate*, 42(spe4), 55-66. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S404>
- Rogers, C. R., & Rosenberg, R. L. (1977). *A pessoa como centro*. EPU. Recuperado de <https://gmeaps.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/02/a-pessoa-como-centro-carl-r-rogers-rachel-lc3a9a-rosenberg.pdf>
- Rogers, C. (2000). *Manual de counselling*. Encontro. (Trabalho original publicado em 1946).
- Schneider, D. R., Cerutti, M. G., Martins, M. T., & Nieweglowski, V. H. (2014). A atuação do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial voltado para álcool e outras drogas (CAPSad): os desafios da construção de

uma clínica ampliada. *Extensio: R. Eletr. de Extensão*, 11(17), 101-113. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2014v11n17p101>

Schwartz, T. D., Ferreira, J. T. B., Maciel, E. L. N., & Lima, R. C. D. (2010). Estratégia saúde da família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2145-2154. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400028>

Viana, M. M. O., & Campos, G. W. S. (2018). Formação paideia para o apoio matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00123617. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00123617>

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>

Yépez, M. T. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722001000200007>

Promoção de Saúde e Atenção Psicossocial em uma Universidade Pública: Para Além da Pandemia da Covid-19

Carla Cristina Dutra Burigo¹  e Cor Mariae Lima² 

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

Resumo: O presente artigo tem como objetivo refletir teoricamente sobre a promoção de saúde e atenção psicossocial a partir das ações da Comissão Permanente de Monitoramento da Saúde Psicológica Universitária (Acolhe UFSC), no contexto da Pandemia da COVID-19. O Acolhe UFSC teve por objetivo formular estratégias de monitoramento, suporte e acompanhamento psicossocial específicos aos efeitos da COVID-19 para a comunidade da Universidade Federal de Santa Catarina. A saúde mental da comunidade universitária foi situada como uma das prioridades devido à gravidade da pandemia. A pesquisa realizada caracteriza-se por ser qualitativa, documental e bibliográfica, pois buscou desvelar a partir de documentos do Acolhe UFSC na interlocução com os pressupostos teóricos, as diretrizes da comissão e o seu papel para além da Pandemia da COVID-19, no contexto da gestão universitária. É também descritiva, pois descreve um dado contexto e aplicada em uma realidade concreta. Os resultados do estudo apontam que as ações do Acolhe UFSC são relevantes e fundantes para além do período pandêmico, constituindo-se em uma prática institucional. O Acolhe UFSC constitui-se em um trabalho em rede, como política institucional, para acolhimento das urgências para além do tempo de crise. Como política institucional, potencializa-se a relevância da atenção psicossocial, no contexto da prática da gestão universitária. Não se trata apenas de acolher as urgências subjetivas, mas ter a oportunidade de transformar a universidade em lugar onde também se busca materializar um melhor nível de qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Pois, muito além do administrar, o gestar traz a possibilidade do cuidado, do estar junto, acolhendo o sujeito mediante suas potencialidades e fragilidades. Viver a universidade é desafiar o lógico. É viver na essência do processo formativo, questionando, transformando e constituindo a sociedade. É conhecer e desvelar o científico, o lúdico, a saúde. É compreender a saúde no seu sentido mais amplo, a partir de uma ética do cuidado, do acolher a partir de um olhar multiprofissional.

Palavras-chave: atenção psicossocial, covid-19, universidade, promoção de saúde

Health Promotion and Psychosocial Care in a Public University: Beyond the COVID-19

Abstract: The article aims to reflect theoretically on the promotion health and psychosocial care based on the actions of the Permanent Commission for Monitoring University Psychological Health (Acolhe UFSC), in the context of the COVID-19 pandemic. Acolhe UFSC aimed to formulate monitoring, support and psychosocial monitoring strategies specific to the effects of COVID-19 for the community at the Federal University of Santa Catarina. The mental health of the university community was considered one of the priorities due to the severity of the Pandemic. The research carried out is characterized by being qualitative, documentary and bibliographic, as it sought to unveil documents from Acolhe UFSC in dialogue

¹ Doutora em Educação. Professora do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina. *E-mail:* carla.burigo@ufsc.br

² Mestranda em Administração Universitária. Médica do Trabalho da Universidade Federal de Santa Catarina. *E-mail:* cor.mariae@ufsc.br

Submetido em: 23-05-2024. Primeira decisão editorial: 03-06-2024. Aceito em: 06-08-2024.

with the theoretical assumptions, the Commission's guidelines and its role beyond the COVID-19 Pandemic, in context of university management. It is also descriptive, as it describes a given context and applied to a concrete reality. The results of the study indicate that the actions of Acolhe UFSC are relevant and fundamental beyond the Pandemic period, constituting an Institutional practice. Acolhe UFSC constitutes a network of work, as an Institutional Policy, to accommodate emergencies beyond times of crisis. As an Institutional Policy, the relevance of psychosocial care is enhanced, in the context of university management practice. It is not just about accepting subjective urgencies, but having the opportunity to transform the University into a place where we also seek to materialize a better level of quality of life, solidarity, equity, democracy, citizenship, development, participation and partnership. Beyond mere administration, this approach allows for the possibility of care, being together, and embracing individuals based on their potentialities and vulnerabilities. To live in the university is to challenge the logical. It is to live in the essence of the formative process, questioning, transforming, and shaping society. It is to know and reveal the scientific, the playful, and the health. It is to understand health in its broadest sense, from an ethic of care, of embracing with a multiprofessional perspective.

Keywords: psychosocial care, covid-19, university, health promotion

Introdução

Com a Pandemia do Coronavírus (Covid-19) (*Decreto Legislativo n. 6, 2020*), uma emergência sanitária de importância global, fez-se necessário para nossa sobrevivência, o distanciamento social como uma das principais medidas de enfrentamento (World Health Organization [WHO], 2020).

Foi necessário nos isolarmos para sobreviver. Fez-se necessário uma divisão entre a vida de um lado, e o social ou o humano de outro. A saúde mental foi substancialmente abalada pelo isolamento social, fortalecendo o entendimento holístico, multidimensional e coletivo, que a saúde é compreendida por uma dimensão muito maior do que uma dimensão fisiológica individual (Bringel & Pleyers, 2020).

Estudos apontam impactos da pandemia e do isolamento social na saúde mental da comunidade universitária, com destaque para o aumento dos níveis de ansiedade, depressão e estresse, decorrente

do sofrimento psíquico devido à mudança na própria rotina de vida, a desesperança de dias melhores, o medo do adoecimento e do luto vivido socialmente (Antúnez et al., 2021; Baptista et al., 2022).

No contexto da gestão universitária, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em atenção às normativas federais, organizou-se para melhor responder ao novo cenário (*Portaria Normativa n. 360, 2020*) e a saúde mental da comunidade foi situada como uma das prioridades devido à gravidade da pandemia que, lamentavelmente, contabilizou para o Brasil mais de 700.000 brasileiros mortos (Painel Coronavírus, 2023).

Tendo como meta adaptar-se ao novo cenário incerto e instável no contexto da pandemia, e mantendo suas atividades em funcionamento, com foco também no bem-estar da saúde mental da sua comunidade, uma das medidas adotadas pela UFSC foi criar um Comitê de Crise, constituído por várias comissões para gerenciar o cenário advindo da situação pandêmica (*Portaria Normativa nº 360, 2020*). Entre as comissões, a Comissão Permanente de Monitoramento da Saúde Psicológica Universitária, criada em abril de 2020 e formalizada por meio da Portaria nº 381/2020/GR (2020), tinha como objetivo formular estratégias de monitoramento, suporte e acompanhamento psicossocial específicos aos efeitos da Covid-19 para a comunidade da UFSC.

Acolhe UFSC foi o nome escolhido pela Comissão Permanente de Monitoramento da Saúde Psicológica Universitária, instituída pela Portaria nº 1.696/2020/GR (2020), para apresentar-se à comunidade universitária. A Comissão, para além da sua atuação no período pandêmico (*Portaria Normativa nº 360, 2020*), como uma ação institucional, mantém suas atividades por compreender que a Pandemia da Covid-19 (WHO, 2020) demandou uma ação que deve ser permanente, por meio de uma concepção ampliada da saúde (*Portaria nº 1.696, 2020*). Sua composição é majoritariamente ocupada por docentes da psicologia, seguida por docentes da enfermagem e técnicos-administrativos em educação envolvidos com a saúde mental e alunos do curso de graduação em psicologia da instituição.

Concebemos a Universidade a partir do que preconiza Chauí (2003), que compreende a universidade pública enquanto instituição social, tendo um dever dialógico com a sociedade que a referencia e legitima, existindo como uma ação social no sentido da busca pela evolução ética e dignidade do ser humano, promovendo um espaço seguro a toda a comunidade acadêmica.

Isto posto, o presente artigo tem como objetivo refletir teoricamente sobre a promoção de saúde e atenção psicossocial a partir das ações da Comissão Permanente de Monitoramento da Saúde Psicológica Universitária (Acolhe UFSC), no contexto da Pandemia da Covid-19.

Para o desenvolvimento do presente artigo, descrevemos sinteticamente a metodologia, a discussão e resultados da pesquisa. Ao final, resgatamos o objetivo inicialmente proposto, buscando desvelar na conclusão o que essa caminhada nos propiciou.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que buscou desvelar a partir de documentos do Acolhe UFSC (Marsillac et al., 2022; *Ofício Circular nº 14/2020/PROAD*, 2020; *Portaria Normativa nº 360*, 2020; *Portaria Normativa nº 381*, 2020; *Portaria nº 1.696*, 2020; *Portaria nº 2.684*, 2022; *Resolução Normativa nº 163*, 2022) na interlocução com os pressupostos teóricos que versam sobre Pandemia e Saúde Mental em Universidade, as diretrizes da comissão e o seu papel para além da Pandemia da COVID-19, no contexto da gestão universitária.

Quanto aos meios, caracteriza-se por ser documental e bibliográfica. Segundo Vergara (2003), a investigação documental ocorre em documentos que possa vir a contextualizar o fenômeno investigado. Para além das informações disponibilizadas no site do Acolhe UFSC (<https://acolheufsc.ufsc.br/acolhimento-psicossocial-a-comunidade-ufsc>), e do Relatório Final do Acolhe UFSC (Marsillac et al., 2022) foram analisados documentos institucionais (*Portaria Normativa nº 360*, 2020; *Portaria Normativa nº 381*, 2020; *Portaria nº 1696*, 2020; *Ofício Circular*

nº 14/2020/PROAD, 2020; *Resolução Normativa nº 163/2022/CUn*, 2022; *Portaria nº 2684/2022/GR*, 2022). Também se caracteriza como bibliográfica, utilizando artigos científicos, livros que versam sobre saúde mental, pandemia e gestão universitária, a partir de um olhar dialético e social.

Quanto aos fins, é caracterizada como descritiva, pois descreve características de um determinado fenômeno, o Acolhe UFSC; e aplicada, motivada pela necessidade de resolver problemas concretos, ou seja, a promoção de saúde e atenção psicossocial para além da pandemia da Covid-19, na UFSC (Vergara, 2003).

Discussão e Resultados

Acolhe UFSC

A comissão Acolhe UFSC é composta por profissionais e alunos envolvidos com a saúde mental, que possuem o mesmo objeto de estudo e trabalho, ou seja: um grupo tecnicamente capaz e com desejo de promover saúde e atenção psicossocial para a comunidade universitária (*Portaria nº 1696*, 2020).

A Comissão iniciou seu trabalho visando oferecer acolhimento psicossocial online para a comunidade universitária, ou seja: alunos, trabalhadores terceirizados, servidores docentes e técnico-administrativos em educação em vigência da infecção ou pós-Covid-19 e aqueles que, mesmo sem ter contraído o vírus, sentiram-se impactados subjetivamente pela Pandemia da Covid-19 (Marsillac et al., 2022).

Desde a sua constituição, a comissão semanalmente realizou encontros, para construir e implementar ações a partir dos três eixos (*Portaria nº 1696*, 2020):

- a) Pesquisa: desenvolveu estudos sobre os de vida e saúde mental da população da UFSC em tempos de Covid-19, aplicada em fevereiro 2021, que objetivou descrever as mudanças nas condições de saúde mental e nos estilos de vida da comunidade no período de distanciamento social, conseqüente à Pandemia da Covid-19, visando fornecer dados

para planejar ações de atenção psicossocial e promoção de saúde no plano institucional.

- b) Socialização das informações: criação de uma página online visando socializar a divulgação das ações da comissão e de projetos de pesquisa e extensão da UFSC, assim como as redes de atenção psicossociais de cada campus da instituição (<https://acolheufsc.ufsc.br/>).
- c) Extensão: projeto de extensão para acolhimento psicossocial individual e/ou em grupo para pessoas da comunidade universitária em sofrimento psíquico devido à situação da pandemia. Esse projeto contou com psicólogos voluntários para suprir a demanda de sujeitos em sofrimento mental devido à Pandemia da Covid-19.

O ponto de partida do trabalho do Acolhe UFSC foi a pesquisa coordenada por docente do Departamento de Psicologia da UFSC, que nos seus dados preliminares apontavam significativo impacto da pandemia na saúde física e mental da comunidade universitária. A ansiedade e a incerteza em relação ao futuro constatada pelos pós-graduandos diante dos frequentes cortes, com vistas a racionalidade financeira, às pesquisas e a instituição universidade, com a escassez de bolsas, bem como nos graduandos que suprimiram seus desejos de socialização e vida na comunidade acadêmica e o impacto da incerteza para o futuro. A pandemia foi um longo agente potencializador da vulnerabilidade, pois, para além da integridade física dos sujeitos, a organização do trabalho foi desfeita, o distanciamento imposto exigiu uma reordenação de trabalho e de estudo, e isto impactou severamente na saúde física e mental (Marsillac et al., 2022).

Na busca de socialização das informações, foi realizada uma força-tarefa de uma subcomissão do Acolhe UFSC que, por meios telefônicos e digitais, realizou contato com a rede de apoio da comunidade universitária nas cinco cidades onde a UFSC possui seus campi: Araranguá, Florianópolis, Blumenau, Curitiba e Joinville, com o intuito de saber se em tempos pandêmicos mantiveram o serviço de acolhimento e qual era a forma de contato. Após categorizar os serviços em atenção psicossocial,

acompanhamento pedagógico, rodas de conversas temáticas, projetos de extensão, pesquisa e ensino que se aproximam dos cuidados à saúde mental, rede de atenção psicossocial municipais, serviço social de assistência estudantil e materiais de apoio que abarcam a saúde mental, construiu-se um site institucional. Este site favorecia a divulgação dessas portas abertas e meio de contatá-las, assim como serviu para outras divulgações pertinentes às realizações da comissão como, por exemplo, o chamamento de psicólogos voluntários para o acolhimento da comunidade universitária (Marsillac et al., 2022).

Quanto ao projeto de extensão, contou com 122 psicólogos voluntários que ofereceram para os usuários da comunidade UFSC atendimento online individual ou em grupo. Foram usadas as plataformas WhatsApp e/ou Google Meet para esses acolhimentos. Para o atendimento individual, cada psicólogo voluntário poderia atender de um a três usuários, sendo ofertados seis encontros semanais, sendo cada psicólogo vinculado a um gestor para auxiliá-los com a supervisão. O usuário poderia se sentir satisfeito com os seis atendimentos e, caso contrário, era oferecido continuar com seu psicólogo ou oferecido indicações de atendimento em valores sociais. Os gestores do grupo, composto na maioria por docentes da Psicologia, davam suporte aos psicólogos voluntários no desenvolvimento das atividades do acolhimento (Marsillac et al., 2022).

Na oferta de grupo, a(o) psicóloga(o) voluntário(a) coordenava grupos de, no máximo, dez pessoas. Esses coordenadores de grupos mantiveram interlocuções frequentes com a coordenação do projeto. Os encontros de grupos aconteceram em 12 semanas e tiveram no máximo 20 pessoas (Marsillac et al., 2022).

O projeto de extensão foi realizado exercendo a atividade em rede, unindo a Comissão Permanente de Monitoramento da Saúde Psicológica; o Serviço de Atenção Psicológica (SAPSI); o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU); a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE); a Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidade (SAAD), a Sigmund Freud Intervenções Psicanalíticas; a Escola Brasileira de Psicanálise (EBP-Sul); e a Maiêutica Florianópolis (Marsillac et al., 2022).

Reuniões do grande grupo de psicólogos do projeto, ocorreram mensalmente, quando eram colocadas questões reflexivas do grupo e planejavam-se novas atividades. O Acolhe UFSC socializou suas ações também por meio da Escola de Gestores³, e por docentes de cursos de graduação e pós-graduação, na interlocução com seus alunos e em congressos nacionais (Marsillac et al., 2022).

Foram atendidos 412 sujeitos da comunidade, 340 sujeitos de forma individual e 72 em grupos. Desse primeiro grupo, foram solicitadas informações sobre os sintomas que o impeliram a buscar ajuda. A queixa de ansiedade foi essencialmente verbalizada, seguida por sintomas descritos como sofrimento psíquico, depressão e sofrimentos decorrentes da pandemia (Marsillac et al., 2022).

O trabalho da Comissão do Acolhe UFSC (*Portaria nº 1.696, 2020*) foi pioneiro na instituição, em um período que o sofrimento mental era notório diante das mudanças de vida ocorridas com a pandemia. Mas, para além do trabalho da comissão, sentiu-se a necessidade no contexto da gestão universitária, de ampliar e desenvolver ações permanente, em prol da saúde mental da comunidade universitária.

Neste contexto, após uma busca por meio do trabalho da comissão (*Portaria nº 1696, 2020*), foi aprovado pelo Conselho Universitário, a Política Intersetorial Permanente de Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Promoção de Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, e criado o Comitê Intersetorial Permanente de Atenção Psicossocial e Promoção de Saúde (CIPAPP) (*Resolução Normativa nº 163/2022/CUn, 2022*).

A Política Intersetorial Permanente de Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Promoção de Saúde se define a partir dos seguintes eixos (*Resolução Normativa nº 163/2022/CUn, 2022, Art. 6º*):

- I. Eixo 1 – universidade promotora de saúde;
- II. Eixo 2 – prevenção de riscos e danos (abuso de substâncias psicoativas, suicídio, sofrimento psíquico, luto);
- III. Eixo 3 – atenção a crises e urgências;

- IV. Eixo 4 – acolhimento, cuidado psicossocial, redução de danos, recuperação e ações em rede;
- V. Eixo 5 – combate à violência institucional: trote; *bullying*; assédio moral; assédio sexual; racismo; desigualdades de gênero; LGBTQIA+fobia; iniquidades socioeducativas;
- VI. Eixo 6 – prevenção de riscos e promoção de saúde a partir da integração acadêmica e do enfrentamento ao fracasso escolar na educação superior;
- VII. Eixo 7 – comunicação, apoio de mídia e divulgação de ações e serviços sobre as temáticas do Comitê Intersetorial Permanente de Atenção Psicossocial e Promoção de Saúde (CIPAPP);
- VIII. Eixo 8 – avaliação das ações, projetos e programas de saúde mental, atenção psicossocial e promoção de saúde para a comunidade universitária; e
- IX. Eixo 9 – sensibilização da comunidade da UFSC para a formação continuada no campo da atenção psicossocial.

As diretrizes da política (*Resolução Normativa nº 163/2022/CUn, 2022*) almejam a institucionalização, que possam prevenir, acolher e dirimir o adoecimento mental. Mas, para tanto, necessitam ser estudadas, desveladas como uma ação que vão além da política, como um querer do processo da gestão universitária. São diretrizes amplas, que precisam ser materializadas no processo da gestão universitária, em busca de um ambiente saudável, seguro e inclusivo na Universidade.

Saúde Mental na Universidade

As pesquisas sobre saúde mental na universidade tiveram um olhar especial diante da Pandemia da Covid-19 (*Decreto Legislativo nº 6, 2020*). De acordo com Antúnez et al. (2021), Baptista et al. (2022), Caponi et al. (2021) e Schneider et al. (2021), houve um agravamento da saúde física e mental da comunidade universitária em tempos da Pandemia da Covid-19. No desenvolvimento das ações do Acolhe UFSC, nos atendimentos com

³ <https://escoladegestores.ufsc.br/>

os psicólogos voluntários, as queixas relatadas pelos sujeitos foram essencialmente: ansiedade; sofrimento psíquico; depressão; sofrimento decorrente da pandemia; conflitos familiares; sobrecarga; desmotivação; tendo também relatos de exacerbação de transtornos mentais previamente diagnosticadas e autolesão (Marsillac et al., 2022).

Dados extraídos no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)⁴ demonstraram que os afastamentos dos servidores docentes e técnico-administrativos em educação, referentes a doenças mentais e comportamentais foram também as principais causas de afastamento laboral, seguidos bem abaixo pelas doenças osteomusculares, que são a segunda causa de afastamento laboral.

Para Han (2017), a doença da contemporaneidade é resultado do excesso de positivismo, como uma passividade referente ao sistema. Adoecemos diante da positividade diante da vida. Esta ação de positividade desenvolve-se precisamente em uma sociedade permissiva, aos dilemas das exigências de mercado, que se contextualiza em bases igualitárias das condições de vida e de trabalho, abandonando as doenças do negativismo.

O negativismo, segundo Han (2017), é referido como causador das doenças da era imunológica, uma época das dicotomias, dos questionamentos: dentro e fora, amigo e inimigo, próprio e estranho, ataque e defesa. O perigo é eliminado pela sua alteridade, não se aceita o diferente. Manifesta-se pela proibição, pela moral, pelos preconceitos e não ter direitos, pela estigmatização dos sujeitos pelas suas diferenças, causando naqueles que queiram demonstrar sua singularidade a sensação de inadequação e isolamento. Quanto ao positivismo, que surge e se estabelece no Século XXI, rompe com o estranho, o diferente agora é visto como exótico, desaparece aqui a alteridade e a estranheza, mas o sujeito padece por uma cobrança incessante de boa performance.

O que Han (2017) e a humanidade não imaginavam é que viveríamos no fim da segunda década do Século XXI um período intensivo de

negativismo nos dois anos de Pandemia da Covid-19, o vírus, o inimigo. Foi preciso nos isolar como estratégia de combate, estávamos em guerra pela sobrevivência. Mas mesmo isolados, estávamos imbuídos ao princípio da positividade, aos dilemas do desempenho social, ignorando muitas vezes todo o processo de fragilidade vivenciado com e pela Pandemia.

Após dois anos de isolamento por grande parte da população, como medida de prevenção à Pandemia da Covid-19, foi preciso administrar não apenas as doenças do negativismo, mas também retomar os cuidados e a discussão do manejo das doenças do positivismo, ambas coexistindo (Correia et al., 2023). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e a Organização Mundial da Saúde (Região das Américas) conclamam que a saúde mental esteja no topo da agenda política pós-covid-19 (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2023).

Neste contexto, a Comunidade Universitária também necessitou se preparar, discutir e ficar atenta a toda essa gama de insultos à saúde mental. Transtornos mentais surgiram devido ao excesso de positividade, diante da era do superdesempenho, da supercomunicação. A violência do superdesempenho, do excesso de comunicação não é privativa, mas saturante, não excludente, mas exaustiva. Neste contexto, frequentemente nos deparamos com os diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Síndrome de Burnout (SB), nas quais os sujeitos aniquilados pelo sistema creem que seus sintomas são únicos e exclusivamente fruto de sua ineficiência (Han, 2017).

Não se fala mais em disciplina, a palavra de ordem é desempenho, empresários de si mesmos, não mais a lei, mas sim o projeto, a iniciativa e a motivação. Antes tínhamos na sociedade do negativismo, pessoas consideradas loucas e delinquentes pelo excesso de não. Agora saturados de sim, cansados e muitas vezes sem perspectivas, temos sujeitos com extremo sentimento de fracasso e com fortes sintomas depressivos (Han, 2017).

Para Bringel e Pleyers (2020), em uma análise global, considerando o contexto pandêmico, destacam que há 40 anos o neoliberalismo se consolidou como a lógica dominante do capitalismo

⁴ <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml>

global. Para Santos (2021), antes da Pandemia da Covid-19, as universidades já sentiam o efeito do neoliberalismo pelo chamado capitalismo universitário. Este se manifesta em atitudes de gestão onde as matérias ditas como filosóficas, ideológicas e humanas, isto é, aquilo que provoca o vivo e particular de cada sujeito, tornaram-se eletivas, chegando ao ponto de fechar alguns departamentos, e, ao mesmo tempo, dando destaque e incentivo às matérias que resultam em patentes. Uma universidade é composta dessa pluralidade, onde a ética e o respeito deve permear a relação dessas duas tendências necessárias: a filosófica e a tecnológica.

Para Santos (2021), a crise financeira eterna, que subfinancia as universidades públicas, desviando incentivo financeiro para as instituições particulares, é um marco da sociedade neoliberal, que tem o lucro, o desempenho como sua essência. Ao precarizar os salários dos docentes, não lhes resta alternativa a não ser complementar seus salários com outras atividades ditas produtivas, na lógica da gestão mercantil: alunos consumidores, professores prestadores de serviço e universidades avaliadas por ranking global para aferir por meio de valor de mercado a produção acadêmica.

Contudo, para Santos (2021), a pandemia serviu-se das produções universitárias para enfrentá-la. Foi a produção de pesquisas junto às instituições universitárias que auxiliou na produção das vacinas, equipamentos de proteção individual, respiradores, entre outros equipamentos. Porém, o autocuidado das universidades no que tange a saúde mental não teve o mesmo êxito. No geral, estudantes foram excluídos digitalmente e sofreram mais, pois muito pouco foi feito por eles, deixando a cargo de professores, por iniciativa própria, interpretando o cuidado como missão, para buscar suprir esta lacuna. Por outro lado, os professores mesclaram suas vidas privadas com o desafio de dominar tecnologias que antes não lhe eram tão familiares, somadas a uma carga burocrática imensa que inclusive lhes tolhia alguns desejos de inovação (Antúnez et al., 2021; Baptista et al., 2022; Correia et al., 2023).

Na UFSC, com vistas a minimizar o impacto da pandemia, no que tange ao mínimo de bem-estar aos seus trabalhadores, considerando que o

trabalho invadiu a vida privada, mesas, cadeiras, computadores, tudo o que foi possível liberar para o servidor ter um pouco mais de conforto e segurança, foi oportunizado para levar para casa. Foi estruturado um fluxo de registro de patrimônio, na liberação dos bens públicos, como um alento diante de todo o cenário vivenciado (*Ofício Circular n. 14/2020/PROAD*, 2020). Igualmente para os alunos⁵, foi disponibilizado computadores e auxílio para acesso à internet, para que minimamente pudessem participar das aulas durante o período da pandemia (Lezana et al., 2023).

Algumas outras ações foram gerenciadas pela UFSC, objetivando dirimir possíveis transtornos mentais junto à comunidade universitária. Inicialmente buscou afastar com celeridade os servidores docentes e técnico-administrativos em educação, portadores do chamado grupo de risco, por serem portadores de doenças que poderiam evoluir com gravidade caso contraísse Covid-19. Possibilitou por meio do Serviço de Psicologia da Junta Médica Oficial (JMO), Divisão de Serviço Social e Acolhe UFSC atendimento psicossocial a seus servidores⁶.

Seguramente, pensar em saúde mental é pensar em escutar os sujeitos, como trabalhadores sociais, como seres catalizadores de suas reflexões e encontro com suas próprias ideias, seus desejos e aspirações. Ao compreender o sujeito, como trabalhador social, muda-se a autoestima desses atores, no processo de acolhimento, de um sofrimento, muitas vezes desvelado e subjetivo (Freire, 2011).

Para Freire (2011) todo esforço, de caráter humanista, centraliza-se no sentido da desmitificação do mundo, da desmitificação da realidade. Faz-se necessário buscar condições concretas para que os trabalhadores, no seio de uma sociedade do positivismo (Han, 2017), tenham possibilidades de superar o estado de objeto em que muitas vezes estão inseridos, para se tornarem sujeitos. Manter-se sujeito de escolhas, e o ato de incentivar esse estado de sujeito, é fundante na prática da promoção de saúde.

⁵ <https://noticias.ufsc.br/2020/08/ufsc-comeca-a-distribuir-computadores-e-paga-primeiro-lote-de-auxilio-para-acesso-a-internet/>

⁶ <https://prodegescoronavirus.ufsc.br/>

Segundo Buss et al. (2020), a promoção de saúde tem seu marco histórico em 1986, quando ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde na Cidade de Ottawa, Canadá, onde foi elaborada a Carta de Ottawa. Uma carta de intenções como resposta à crescente expectativa em relação a uma nova saúde pública, com abrangência na concepção de promoção de saúde.

Promoção de saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (*Carta de Ottawa*, 1986, p. 1)

A promoção de saúde está fundamentada no ato de formar os sujeitos e a comunidade, para atuar na sua melhoria do nível de qualidade de vida e de saúde (*Carta de Ottawa*, 1986), como um trabalhador social precisa estar imerso e ciente que a estrutura social é obra dos homens, e transformá-la é obra desses sujeitos (Freire, 2011).

Neste contexto o acolher, o cuidar, o encorajar, tem possibilidades de fomentar a potencialidade da promoção de saúde onde a tônica é encorajar o sujeito na sua singularidade, dando escolhas para que possa viver uma vida com dignidade no seu ambiente laboral e, para além disso, na sua vida em comunidade.

Para Snyder (2022, p. 28):

Se a assistência à saúde estivesse disponível a todo mundo, seríamos não apenas física, mas mentalmente mais saudáveis. Nossas vidas seriam menos ansiosas e solitárias

porque não teríamos que ficar pensando em como nossa sobrevivência depende de nossa posição econômica e social relativa. Seríamos profundamente mais livres.

Para Snyder (2022), a mercantilização perpassa pela prática do médico, que muitas vezes a distância do humanismo do cuidado, da promoção de saúde. Os médicos são formados tanto na ciência quanto no humanismo do cuidado. Quando pensamos em medicina, pensamos no médico, e não no mercado corporativo, muitas vezes excludentes no acesso à saúde.

Segundo Buss et al. (2020), promoção de saúde refere-se a um melhor nível de qualidade de vida. E esta é fruto de uma construção coletiva, que passa pela formação para a cidadania e gestão social, que requer intersectorialidade e principalmente políticas públicas saudáveis para enfrentar os determinantes da saúde em toda sua amplitude.

Doenças crônicas, aumento do uso de drogas, violências e agravos à saúde mental são questões que ainda têm requerido investimentos crescentes em assistência curativa e individual, apesar da identificação que medidas preventivas, promoção da saúde e melhoria das condições de vida, serem o caminho ético e cientificamente recomendado (Buss et al., 2020).

Muitas vezes, a concepção de Promoção de Saúde visa enfrentar a crescente medicalização da vida social, e é um movimento articulador de diversos recursos técnicos e posições ideológicas em torno do processo saúde-doença-cuidado (Buss et al., 2020; Snyder, 2022).

Desde a sua publicação, a *Carta de Ottawa* (1986), um dos documentos fundadores da concepção contemporânea de promoção de saúde, está associada a valores como: qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a estratégias do estado com políticas públicas saudáveis, da comunidade com estímulo a participação e gestão social, dos sujeitos com o desenvolvimento das habilidades pessoais, do sistema de saúde reorientando suas estratégias e de participações intersectoriais. Promoção de saúde é uma conquista atribuída à ideia de responsabilidade múltipla pelos problemas e soluções sociais (Buss et al., 2020).

No cenário universitário brasileiro a Rede Brasileira das Universidades Promotoras de Saúde (REBRAUPS), é uma proposição da Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual a UFSC se integrou em 2018 durante a realização do I Encontro da Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde (UFSC, 2018).

Em março de 2022, conquistou-se a proposição e criação da Política Intersetorial Permanente de Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Promoção de Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo que o eixo número um dos nove eixos existentes é a REBRAUPS (*Portaria n. 2.684/2022/GR*, 2022).

No olhar dos propositores, os laços e trocas com outras universidades é uma possibilidade concreta de promover saúde, e trabalhar em rede, sendo uma forma sedimentada de construir saúde pública (Teixeira, 2011).

No contexto da Promoção de Saúde, para além da atuação do médico e da rede de interlocução entre as universidades, faz-se necessário um querer institucional nesta mesma direção, oportunizando possibilidades de ações, materializadas pelas diretrizes da Política Institucional de Saúde. O silêncio no processo da gestão, muitas vezes, é um sintoma. Promover saúde mental é acreditar nos sujeitos, é esperar no melhor das pessoas, ajudando o outro, acolhendo, acreditando e encorajando aqueles que se dizem adoecidos.

Conclusão

Resgatando o objetivo inicialmente proposto neste artigo, de refletir teoricamente sobre a promoção de saúde e atenção psicossocial a partir das ações da Comissão Permanente de Monitoramento da Saúde Psicológica Universitária, o Acolhe UFSC no contexto da Pandemia da Covid-19, é possível pontuar que as ações do Acolhe UFSC são relevantes e fundantes para além do período pandêmico, constituindo-se em uma prática institucional.

Compreendemos que, na Universidade, com uma comunidade com mais de 50 mil pessoas, as questões psicossociais que cada sujeito traz de sua vida para além dos muros da instituição refletem na sua forma de relacionar-se, seja como aluno,

professor ou servidor técnico-administrativo em educação. Dentre as inúmeras questões subjetivas que interpelam o relacionamento humano e que se reflete também no ambiente de trabalho, acreditamos que, diante de tantos sintomas possíveis, queremos sair da lógica de medicalizar a vida e promover saúde.

O Acolhe UFSC, como uma política institucional, não se trata apenas de acolher as urgências subjetivas, mas ter a oportunidade de transformar a Universidade em lugar onde também se busca materializar um melhor nível de qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Isto para nós, é promover saúde.

O Acolhe UFSC foi criado por um ato de gestão, para o enfrentamento do sofrimento mental diante da Pandemia da Covid-19, realizando ações entre 2020 e setembro de 2022 (*Resolução Normativa n. 163/2022/CUn*, 2022a), constitui-se em um trabalho em rede, como política institucional, para acolhimento das urgências em tempo de crise.

A partir do fundamento legal do Acolhe UFSC, como política institucional (*Resolução Normativa n. 163/2022/CUn*, 2022), potencializa-se a relevância da atenção psicossocial, no contexto da prática da gestão universitária. Pois, muito além do administrar, o gestar traz a possibilidade do cuidado, do estar junto, acolhendo o sujeito mediante suas potencialidades e fragilidades.

Acreditamos na universidade como instituição social, e isto só é possível se concebermos o trabalhador, o aluno, como sujeito e não mero objeto de produção de uma sociedade da positividade. Se potencializamos a sociedade, por meio dos profissionais que a ela propiciamos, precisamos cuidar e promover saúde, para que possamos também ter uma sociedade saudável, que dialeticamente se constitui e dialoga com a universidade.

Viver a universidade é desafiar o lógico. É viver na essência do processo formativo, questionando, transformando e constituindo a sociedade. É conhecer e desvelar o científico, o lúdico, a saúde. É compreender a saúde no seu sentido mais amplo, a partir de uma ética do cuidado, do Acolher a partir de um olhar multiprofissional.

Referências

- Antúnez, A. E. A., Colagrossi, A. L. R., Colombo, E. R., Zolty, F., & Silva, N. H. L. P. (2021). Rodas de conversa na universidade pública durante a pandemia covid-19: educação e saúde mental. *Construção Psicopedagógica*, 30(31), 6-18. Recuperado em 21 de maio de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-69542021000200002&script=sci_arttext
- Baptista, C. J., Matos, H. F., Vieira, L. K. L., Mendonça, L. G. Z., Barroso, W. R., & Martins, A. M. (2022). COVID-19 e saúde mental: fatores associados à depressão, ansiedade e estresse em uma comunidade universitária. *Revista Psico*, 53(1), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.41359>
- Bringel, B., & Pleyers, G. (2020). *Alerta global: políticas, movimentos sociais y futuros en disputa en tempos de pandemia*. CLASCO.
- Buss, P. M., & Hartz, Z. M. A., Pinto, L. F., & Rocha, C. M. F. (2020). Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 4723-4735. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
- Caponi, S., Amorim, L. C., Brzozowski, F. S., Vásquez, M. F., Bender, M., & Santos, J. (no prelo). *Relatório técnico sobre a pesquisa "Sofrimento psíquico em acadêmicos da Universidade Federal de Santa Catarina"*. UFSC.
- Carta de Ottawa. (1986, novembro). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Recuperado em 29 de março de 2023, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 29 mar. 2023
- Chauí, M. (2003). A universidade pública sob nova perspectiva. *Revista Brasileira de Educação*, (24), 5-15. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782003000300002>
- Correia, K. C. R., Bloc, L., Araújo, J. L., Melo, A. K., Barreto, S. R. V., & Moreira, V. (2023). Saúde Mental na Universidade: atendimento Psicológico online na Pandemia da COVID-19. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003245664>
- Decreto Legislativo n. 6, de 20 de março de 2020. (2020). Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Congresso Nacional. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/dlg6-2020.htm
- Freire, P. (2011). *Educação e mudança* (34a ed.). Paz e Terra.
- Han, B.-C. (2017). *Sociedade do cansaço* (2a ed. ampl.). Vozes.
- Lezana, Á., Moraes, A., Burigo, C. C. D., Vasconcelos, D. S., Richartz, F., Albuquerque, G. L., Oliveira, L. L., Baldessar, M. J., Warren, M. R. S. C., Botelho, P. E., & Barreto, P. L. M. (2023). *Fé eterna na ciência: como a crença nos valores científicos permitiu à UFSC enfrentar e gerir a Pandemia da COVID-19 e salvar vidas*. Lilás.
- Marsillac, A. L. M., Lima, C. M., Schneirder, D. R., Cord, D., Tourinho, F. S. V., Macedo, J. S., Rodrigues, J., Oliveira, L. E. C., Silva, L. D., & Mexko, T. L. C. (2022). *Relatório final Acolhe UFSC*. UFSC (não publicado).
- Ofício Circular n. 14/2020/PROAD, de 24 de junho de 2020. (2020). Empréstimo de equipamentos de informática e de escritório durante a pandemia. Universidade Federal de Santa Catarina. <https://gestao.paginas.ufsc.br/files/2020/06/OF%C3%8DCIO-CIRCULAR-142020PROAD-Empre%C3%A9stimo-de-equipamento-aos-servidores.pdf>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2023, 9 de junho). Saúde mental deve estar no topo da agenda política pós-COVID-19, diz relatório da OPAS. *OPAS*. Recuperado em 22 de maio de 2024, de <https://www.paho.org/pt/noticias/9-6-2023-saude-mental-deve-estar-no-topo-da-agenda-politica-pos-covid-19-diz-relatorio-da>
- Painel Coronavírus. (2023). Recuperado em 26 de junho de 2023, de <https://covid.saude.gov.br/>
- Portaria Normativa n. 360, de 11 de março de 2020. (2020). Dispõe sobre as normas e os procedimentos para a constituição e o funcionamento do Comitê de Combate à Pandemia do COVID-19 na Universidade

Federal de Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina. https://noticias.paginas.ufsc.br/files/2020/05/PN_360.2020.GR_assinado.pdf

Portaria Normativa n. 381, de 1º de dezembro de 2020. (2020). Dispõe sobre as normas e os procedimentos para a constituição e o funcionamento das Comissões Permanentes de Monitoramento Epidemiológico, da Saúde Psicológica e de Acompanhamento Pedagógico na Universidade Federal de Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina. <https://prodegescoronavirus.paginas.ufsc.br/files/2020/03/Portaria-Normativa-n%C2%BA-381.2020.pdf>

Portaria n. 1.696, de 15 de dezembro de 2020. (2020). Universidade Federal de Santa Catarina. https://boletimoficial.paginas.ufsc.br/files/2020/12/BO-UFSC_15.12.2020.pdf

Portaria n. 2.684/2022/GR, de 21 de dezembro de 2022. (2022). Universidade Federal de Santa Catarina. https://portarias.sistemas.ufsc.br/publico/ver.xhtml?portaria_id=10298

Resolução Normativa n. 163/2022/CUn, de 31 de março de 2022. (2022). Dispõe sobre a Política Intersetorial Permanente de Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Promoção de Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e cria o Comitê Intersetorial Permanente de Atenção Psicossocial e Promoção de Saúde (CIPAPP), organicamente vinculado ao Gabinete da Reitoria. Universidade Federal de Santa Catarina. <https://boletimoficial.ufsc.br/2022/04/11/boletim-no-39-11042022/>

Santos, B. S. (2021). *O futuro começa agora: da pandemia à utopia*. Boitempo.

Schneider, D. R., Garcia, D., Silva, L. G., Cantele, J., & Cruz, R. (2021). *Relatório técnico sobre a pesquisa estilos de vida e saúde mental da população da UFSC em tempos de Covid-19*. UFSC. (Não Publicado).

Snyder, T. (2022). *Nossa moléstia: lições sobre liberdade extraídas de um diário hospitalar*. UFSC.

Teixeira, S. M. F. (2011). *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. FGV.

UFSC integra rede ibero-americana de universidades promotoras da saúde. (2018, 15 de maio). UFSC. Recuperado em 13 de junho de 2023, de <https://noticias.ufsc.br/2018/05/ufsc-integra-rede-ibero-americana-de-universidades-promotoras-da-saude/>

Vergara, S. C. (2003). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração* (4a ed.). Atlas.

World Health Organization. (2020). *Considerations for public health and social measures in the workplace in the context of COVID-19*. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/332050>

Mental Health, the COVID-19 Pandemic and Social Inequalities: an Integrative Review

Fernando Santana de Paiva¹ , Beatriz Guedes Mattoso² , Larissa Pimenta Coldibeli³ , Nicole Costa Faria⁴  and Tiago Tavares Lima⁵ 

Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

Abstract: The Covid-19 pandemic has had a significant impact on mental health conditions for different social groups, as it has contributed to worsening health inequalities. The aim of this work was to identify what has been researched nationally and internationally about the effects of the COVID-19 pandemic on mental health, considering the contexts of social inequalities experienced by different subjects and social groups. This paper is a literature review based on searches for articles indexed in the Virtual Health Library (VHL) between 2020 and 2022. The Boolean operator “and” was associated with the descriptors social inequality, mental health and Covid-19. Twenty-five articles from different countries were analyzed. The results reveal different conceptions and approaches used to classify expressions of mental health among different subjects and social groups, and the markers of gender and race linked to worse mental health conditions. Based on the experience of the pandemic, we consider the need to broaden our conceptions of mental health, as well as sociocultural differences, and factors such as food insecurity, poverty, gender and racial inequalities as essential in the production of mental health care practices.

Keywords: mental health, covid-19, social inequalities

Saúde Mental, Pandemia da Covid-19 e Desigualdades Sociais: uma Revisão Integrativa

Resumo: A pandemia da Covid-19 impactou as condições de saúde mental de diferentes grupos sociais e agravou o quadro de desigualdades em saúde. O objetivo deste trabalho foi identificar o que tem sido pesquisado nacional e internacionalmente sobre os efeitos da pandemia da Covid-19 na saúde mental de diferentes sujeitos e grupos sociais considerando os contextos de desigualdades. O presente trabalho é uma revisão de literatura realizada a partir de buscas por artigos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), entre os anos de 2020 e 2022. O operador booleano “and” foi associado aos descritores desigualdade social, saúde mental e Covid-19. Foram analisados 25 artigos de diferentes países. Os resultados demonstram diferentes concepções e métodos utilizados para classificar as expressões de saúde mental entre os diferentes sujeitos e grupos sociais, e os marcadores de gênero e raça atrelados a piores condições de saúde mental. A

¹ Doutor em Psicologia (UFMG). Docente do Departamento de psicologia (UFJF). Coordenador e pesquisador do Núcleo sobre Sujeitos, Política e Direitos Humanos (NUPSID). *E-mail:* fernandosantana.paiva@yahoo.com.br

² Mestre em Psicologia (UFJF). Pesquisadora do Núcleo sobre Sujeitos, Política e Direitos Humanos (NUPSID). *E-mail:* beatrizmattouzouff@gmail.com

³ Doutoranda em Psicologia (UFJF). Mestre em Psicologia (UFJF). Pesquisadora do Núcleo sobre Sujeitos, Política e Direitos Humanos (NUPSID). *E-mail:* coldibeli.larissa@gmail.com

⁴ Doutoranda em Psicologia (UFJF). Mestre em Serviço Social (UFJF). Pesquisadora do Núcleo sobre Sujeitos, Política e Direitos Humanos (NUPSID). *E-mail:* nicolecostafaria@gmail.com

⁵ Graduando em Psicologia (UFJF). *E-mail:* tiagotavares836@gmail.com

Submetido em: 28-04-2024. Primeira decisão editorial: 24-09-2024. Aceito em: 15-10-2024.

partir da experiência da pandemia da Covid-19, considera-se a necessidade de ampliar nossas concepções sobre saúde mental, bem como as diferenças socioculturais, e fatores como a insegurança alimentar, a pobreza, e as iniquidades de gênero e raça como essenciais na produção de práticas de cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental, covid-19, desigualdades sociais

Introduction

On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) officially declared the beginning of the COVID-19 pandemic worldwide due to the high level of contamination by the new coronavirus disease (SARS-CoV-2). Since then, we have experienced one of the greatest health and socioeconomic crises of the last two centuries, with an increase in poverty and a deepening of social inequalities. In Brazil, the updated numbers account for more than 700,000 deaths, while globally, this number surpasses 7 million deaths (WHO, 2023).

In general, the disease initially affected urban centers integrated into international circuits and the middle and upper classes of the population. It then spread forcefully to territories considered peripheral, impacting more severely individuals and social groups entrenched in a reality of poverty and historical social, ethnic-racial, and gender inequalities (Buss & Fonseca, 2020). In this sense, despite its novelty, the first pandemic of the 21st century has highlighted structural problems in society.

This is why Horton (2020) and Bispo Junior and Santos (2021) shared the perspective that we are, in truth, experiencing not only a pandemic but also a syndemic, considering that it is necessary to analyze the virus's behavior in relation to the numerous conditions that shape social life and are directly intertwined with the unequal distribution of adverse effects arising from COVID-19. Based on this view, we understand that actions and decisions in the face of a health emergency should not be solely centered on the virus in question, as we must consider everything from its interaction with humans to the concrete and symbolic resources that need to be employed (Segata, 2020).

In this scenario of uncertainties and limited access to resources for addressing the current health crisis, we have been confronted with a concern related to the psychological suffering of the population that gained prominence during the COVID-19 pandemic, culminating in significant challenges for providing mental health care actions and policies. Feelings such as fear, distress, and sleep-related issues, as well as conditions such as anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder, have been widely documented (Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2022). Furthermore, unemployment, food insecurity, and violence have also contributed to the creation of a psychosocial framework of suffering that has characterized the subjective experience during the COVID-19 pandemic.

In this sense, considering the COVID-19 pandemic as an expression of social processes and relationships inserted in a concrete reality and crossed by differences in power and differentiated access to economic and social resources, we must also think about the expressions of psychosocial suffering experienced by subjects and social groups inserted in contexts marked by poverty, vulnerabilities and accentuated uncertainties. Based on the above, the aim of this literature review has been to identify what has been researched nationally and internationally about the effects of the COVID-19 pandemic on mental health, considering the contexts of social inequalities experienced by different subjects and social groups.

Methodology

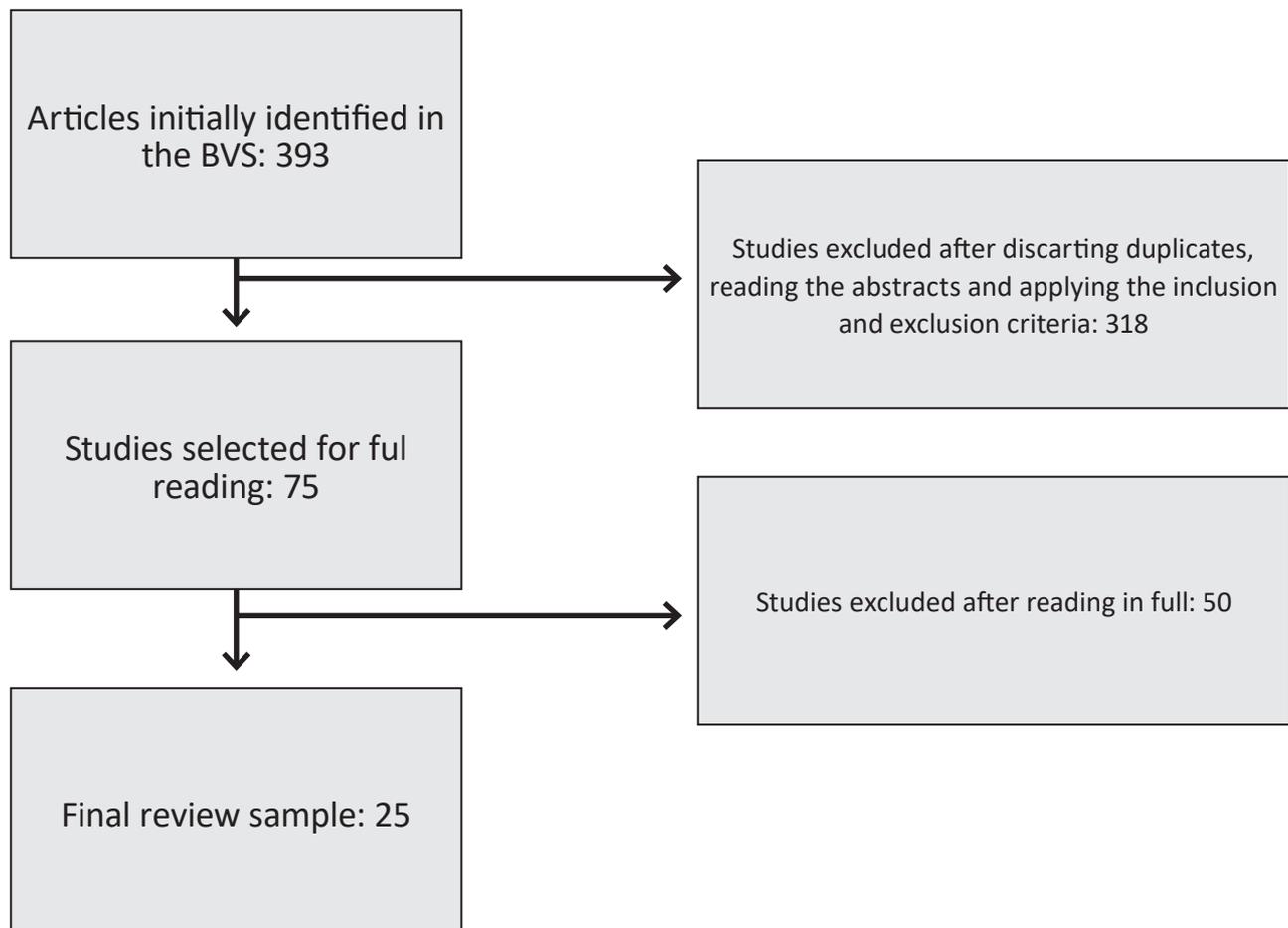
The first stage of this study¹ involved searching for articles indexed in the Virtual Health Library (BVS). The Boolean operator “and” was used to associate the following descriptors: social inequality, mental health, and COVID-19, which were also utilized in Portuguese (*desigualdades sociais, saúde mental e COVID-19*). A time frame from 2020 to 2022 was established to encompass only articles published during the pandemic period. The combination of descriptors yielded a total of 393 papers, and this number was reduced to 389 after excluding duplicated articles.

Next, the titles, abstracts, and keywords of all the located articles were read, and those that met the following criteria were included: (a) scientific articles published in English, Portuguese, or Spanish; (b) empirical articles with objectives aimed at identifying, understanding, exploring, and/or delving into the effects caused by the COVID-19 pandemic on the mental health of groups in contexts of social inequality; and (c) works published between 2020 and 2022. Publications with the following characteristics were excluded: (a) full text unavailable; (b) theoretical works, theses, dissertations, books, or literature reviews; (c) research in which participants were health care professionals or managers; and (d) research focusing on vulnerabilities associated with a specific health condition or chronic disease or that focused on so-called high-risk groups.

After reviewing the abstracts and applying the inclusion and exclusion criteria, 75 articles remained for full-text reading. At this stage, it was identified that many of the studies did not discuss the relationship between mental health and social vulnerability and only mentioned it very superficially. Some theoretical articles were also excluded, which led to the selection of 25 articles, that comprised the final sample of this review. These articles were organized into a spreadsheet containing the article title, author(s), country, publication journal, abstract, objective, methodology used, and findings. Figure 1 provides a synthesis of some of these data regarding the bibliographic sample. Through a descriptive and qualitative analysis of the studies, thematic categories were defined and will be presented subsequently, in line with the review's objective.

Figure 1

Flowchart of the article selection process.



Results and Discussion

Bibliometric Results

Information regarding the year of publication is as follows: 10 articles were published in 2020; 12 articles were published in 2021; and 4 articles were published in 2022. Considering the region/country of the studies, most of the articles came from Asia (10 articles), especially India (03) and China (02), and the countries that make up the so-called Middle East: Qatar (01), Israel (01), Jordan (01), Palestine (1), Lebanon (01). The region with the second-largest presence was North America (6 studies); most of them came from the USA (05), and one publication came from Canada (01). This was followed by Europe (05 articles), with research from the following countries: Germany (01), Spain (01), France (01), Italy (01) and Norway (01). Last was South America (01), with one study having been carried out in Brazil. Three studies came from regions that do not fit into the above mentioned categories: Turkey (02) and the Middle East and North Africa region (01).

Regarding the methodology used, there was a predominance of quantitative studies (23). Only two articles relied on qualitative methodology, one of which used semistructured interviews (Huq et al., 2021) and the other of which (Souza et al., 2020) conducted action-participant research with an online intervention. With regard to the data collection strategy, of the 25 studies identified, 17 were carried out online, 15 of which used questionnaires; one qualitative study, conducted a Virtual Culture Circle (Souza et al., 2020). Two studies applied in-person questionnaires (Beutel et al., 2021; Reagu et al., 2021), and one applied questionnaires both online and in person (Refaeli & Krumer-Nevo, 2022). Finally, one study was conducted by telephone (Huq et al., 2021), and five studies obtained data from other databases, such as national databases or health, education and similar systems (Le & Nguyen, 2021; Lee & Singh, 2021; Moulin et al., 2022; Myhr et al., 2021; Nie et al., 2021; Tham et al., 2021).

Most of the studies targeted adults. The study by Caroppo et al. (2020) investigated a wide age range, including participants from 11 years old to over 70 years old. Only three of the studies targeted children (Moulin et al., 2022) and adolescents (Folch et al., 2022; Myhr et al., 2021). In addition, there was a predominance of studies that evaluated depressive and/or anxious symptoms, with 60% of the research focusing on the pairs “anxiety”/“depression” or “depressive symptoms/anxious symptoms”, denoting a traditional, psychopathological approach to mental health. These studies predominantly used internationally validated scales, especially the Patient Health Questionnaire for Anxiety and Depression (PHQ-4) and the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7). Scales and questionnaires specific to the COVID-19 pandemic were also used, such as the COVID Worry Scale (Bajaj et al., 2020; Ghandour et al., 2020) and the Fear of COVID Scale (Salameh et al., 2020). Caroppo et al. (2020) applied a questionnaire about the feelings experienced when quarantine was announced and three months after it began.

Figure 2

Bibliometric results.

continua

TITLE	YEAR	JOURNAL	COUNTRY	METHODOLOGY	PARTICIPANTS/N	MENTAL HEALTH ASSESSMENT
Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender	2020	International Journal of Social Psychiatry	Turkey	Quantitative. Online questionnaire.	Individuals aged above 18 living in various provinces of Turkey/ N=343	HADS

Figure 2

Bibliometric results.

continua

TITLE	YEAR	JOURNAL	COUNTRY	METHODOLOGY	PARTICIPANTS/N	MENTAL HEALTH ASSESSMENT
Dynamics of psychological responses to COVID-19 in India: A longitudinal study	2020	PlosOne	India	Quantitative Online survey. Follow up (2 months)	Indian adults	GAD-7; PHQ-4; Single Likert item about stress.
Facing new fears during the COVID-19 pandemic: The State of America's mental health	2020	Journal of Anxiety Disorders	USA	Quantitative. Online survey.	National sample(ages 18 and over)/N=10.368	CES-D Scale. GAD-7
Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China	2020	Translational Psychiatry	China	Quantitative. Cross-sectional study using an online survey.	Residents of Wuhan (aged 18 years and older)/N=1242	GAD-7; PHQ-9; Athens Insomnia Scale; Coping Style Scale.
The impact of the COVID-19 pandemic on mental health: early quarantine-related anxiety and its correlates among Jordanians	2020	Eastern Mediterranean Health Journal	Jordan	Quantitative. Cross-sectional study using an online survey.	Adults (aged 18 years and older)/N=5274	BAI
Unequal effects of the national lockdown on mental and social health in Italy	2020	Annali dell'Istituto Superiore di Sanità	Italy	Quantitative. Online survey.	Adolescents and adults(10 years to over 70 years)/N=3562	Questions on feeling about the lockdown.
Worry and insomnia as risk factors for depression during initial stages of COVID-19 pandemic in India	2020	PlosOne	India	Quantitative Online survey.	Indian residents (aged 19 years or older)/ N=408	COVID-19 Worry Questionnaire; Sleep Health Questionnaire; Insomnia Severity Index; Epworth Sleepiness Scale; Mood and Feelings Questionnaire.
Double Burden of COVID-19 Pandemic and Military Occupation: Mental Health Among a Palestinian University Community in the West Bank	2020	Annals of Global Health	Palestine	Cross-sectional exploratory study using an online survey.	University community (17 to 70 years)/ N=1851	Distress and Insecurity scales; Covid Worry Scale.
Mental Health Outcomes of the COVID-19 Pandemic and a Collapsing Economy: Perspectives from a Developing Country	2020	Psychiatry Research	Lebanon	Quantitative Online survey.	Lebanese adults aged over 18/ N=502	Fear of Covid Scale; BDS-22; LAS-10; IDFFW
Pandemia e imigração: famílias haitianas no enfrentamento da COVID-19 no Brasil	2020	Escola Anna Nery	Brazil	Qualitative. Action-participant.	Haitian immigrants/N= 10 families	Not applicable

Figure 2

Bibliometric results.

continua

TITLE	YEAR	JOURNAL	COUNTRY	METHODOLOGY	PARTICIPANTS/N	MENTAL HEALTH ASSESSMENT
Predictors of depression, anxiety and stress among remote workers during the COVID-19 pandemic	2021	Work	Turkey	Quantitative. Online survey.	Remote workers(24-60 years)/N=459	Depression-AnxietyScale
Mental health and loneliness in the German general population during the COVID-19 pandemic compared to a representative prepandemic assessment	2021	Scientific Reports	Germany	Quantitative. Face to face survey.	General population/ N= 2.503	PHQ-4; Loneliness by a validated item.
Monthly trends in self-reported health status and depression by race/ethnicity and socioeconomic status during the COVID-19 Pandemic, United States, April 2020 – May 2021	2021	Annals of Epidemiology	USA	Quantitative. Data base (Household Pulse Survey)	Adults aged 18 and older (18-75+)/N = 1.144.405	Question from HPS: Over the last 7 days, how often have you been bothered by feeling down, depressed, or hopeless? (not at all, several days, more than half the days, or nearly every day)
Common Mental Disorders and Economic Uncertainty: Evidence from the COVID-19 Pandemic in the U.S.	2021	PLOS ONE	USA	Quantitative. Probability-based panel survey (COVID Impact Survey)	Nationally representative sample of U.S. adults aged 18 and older	Psychological Distress Scale
Impact of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Students From 2 Semi-Rural High Schools in Georgia	2021	Journal of School Health	USA	Cross-sectional online survey.	Students in grades 9-12 attending high school in a semirural area/N= 3946	9 stress and mental health-related questions
Psychological impact of the COVID-19 pandemic within institutional quarantine and isolation centers and its sociodemographic correlates in Qatar: A cross-sectional study	2021	BMJ Open	Qatar	Cross-sectional study. Face to face survey	Individuals in institutional quarantine and isolation (18-94 years)/ N=748	PHQ-ADS; PHQ-9; GAD-7;
The psychological burden of the COVID-19 pandemic severity	2021	Economics and Human Biology	USA	Quantitative. Data base (Household Pulse Survey)	General population (data from HPS).	Psychological Distress, indicated by daily anxiety, daily worry, daily displeasure or daily depression.
The burden of loneliness: Implications of the social determinants of health during COVID-19	2021	Psychiatry Research	Canada	Quantitative. Online survey.	Individuals able to consent and able to read and understand English (18-65+)/(N=661)	PHQ-9; GAD-7; The 8-item UCLA Loneliness Scale

Figure 2

Bibliometric results.

conclusão

TITLE	YEAR	JOURNAL	COUNTRY	METHODOLOGY	PARTICIPANTS/N	MENTAL HEALTH ASSESSMENT
Intersectional tension: A qualitative study of the effects of the COVID-19 response on survivors of violence against women in urban India	2021	BMJ Open	India	Qualitative. Semistructured interview by telephone and framework analysis	Femalesurvivors of domestic violence in Mumbai(under 20 to 65+)/N=586	Not applicable
Impact of COVID-19 on mental health and quality of life: Is there any effect? A cross-sectional study of the MENA region	2021	PlosOne	MENA (Middle East and North Africa)	Cross-sectional, web-based survey.	General population (adults aging 18 years and older)/N=6142	IES-R; 6 modified and validated questions: 3 about feelings and 3 about stress; Mental health-related lifestyle changes.
Impact of COVID-19 Pandemic Lockdown on Mental Well-Being of Norwegian Adolescents During the First Wave— Socioeconomic Position and Gender Differences	2021	Frontiers in Public Health	Norway	Quantitative. Data base (Ungdata) and online survey.	Lower secondary school students(13-16 years)/N =2443	Hopkins Symptom Checklist; Cantril’s Ladder; Specific questions about life quality from Norwegian’s Directorate of Health report.
Income-related health inequality among Chinese adults during the COVID-19 pandemic: evidence based on an online survey	2021	International Journal for Equity in Health	China	Quantitative. Data base (2020 China COVID-19 Survey, an anonymous cross-sectional survey)	National sample of adults aged 18 years and over/N= 8488	PCL-C
Mental Well-Being during the COVID-19 Confinement among Adolescents in Catalonia: The Role of Demographic and Other COVID-Related Variables	2022	Children	Spain	Cross-sectional study. Data Base (DESKcohort).	Students(14-18 years)/ N=303	Warwick– Edinburgh Mental Wellbeing Scale
Longitudinal impact of psychosocial status on children’s mental health in the context of COVID-19 pandemic restrictions	2022	European Child & Adolescent Psychiatry	France	Quantitative. Longitudinal data base (ELFE Program) and online survey.	Children(8-9 years)/N = 4575	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
Mental distress during the coronavirus pandemic in Israel: Who are the most vulnerable?	2022	International Journal of Environmental Research and Public Health	Israel	Quantitative Online and face to face survey.	Adults (20 to 68 years)/N=273	CES-D Questionnaire

From reading the articles, two categories of analysis emerged that allowed us to identify the relationships observed between social inequalities and the effects of the COVID-19 pandemic on the population’s mental health. These categories are as follows: a) mental health in times of pandemic: what are we talking about? and b) the unequal distribution of suffering: gender, race and COVID-19.

Mental Health in Times of Pandemic: What Are We Talking About?

Regarding the definitions found for mental health, it should be noted that in most of the studies, there were no definitions found regarding the concept of mental health. What was observed was the automatization/naturalization of the psychopathological approach, especially anxiety and depression, as synonymous with mental health. Şentürk et al. (2021), for example, assessed the presence of predictors of anxiety, depression and stress among remote workers during the pandemic. The authors clarified that stress, anxiety and depression were used to measure mental health. Stress was defined in the aforementioned research as a feeling of physical or emotional tension, which can be caused by any event or thought that triggers worry, anger or nervousness. Depression was defined as a mood disorder involving low mood and loss of interest. Anxiety, on the other hand, was defined as a reaction to stress and involves feelings of worry, nervousness, irritability or restlessness. Similarly, Nie et al. (2021) reported that mental health was measured based on responses to a posttraumatic stress disorder assessment scale.

Refaeli and Krumer-Nevo (2022) investigated the presence of mental distress among the Israeli adult population, defined by the authors as “a set of mental health problems and mental health disorders that do not fit the standard diagnostic criteria and are characterized by symptoms such as sleep problems, irritability, difficulty concentrating, etc.” (Refaeli & Krumer-Nevo, 2022, p. 2). Myhr et al. (2021) investigated the mental well-being of students in Norway, defining mental well-being as life satisfaction, quality of life, depressive symptoms and loneliness. Le and Nguyen (2021) used the concept of psychological distress to investigate the psychological well-being of Americans, which referred to the daily presence of at least one of the following symptoms: anxiety, worry, displeasure or depression. The authors argued that “this measure [psychological distress] more accurately reflects the psychological consequences, because individuals do not need to experience all four symptoms to be

considered psychologically affected” (Le & Nguyen, 2021, p. 2).

Some studies took a broader approach to mental health, involving diverse feelings and experiences outside of psychopathological patterns, as well as the subjects’ community relationships and perspectives on the future. Ghandour et al. (2020) examined the concept of distress, which was defined as emotional suffering, frustration, anxiety, sadness, anger, incapacity and related feelings. Insecurity, in turn, was defined as including psychological and social components, with a focus on the sense of home, attachment to the community and a positive and hopeful sense of the future. Experiences of suffering that negatively affect mental health and psychological well-being throughout life, such as humiliation, deprivation, and war trauma, among others, were thought of as “invisible wounds inside” (Ghandour et al., 2020, p. 2) that can lead to illness. A less rigid and no pathologizing approach to mental health was also observed. The authors’ assessment involved feelings such as anger, frustration, sadness, suffering, humiliation, and insecurity, among others. Finally, it should be noted that the authors defined health and illness as a “continuum between health and illness, as opposed to the dichotomy between healthy and sick that pathologizes people facing political conflicts” (Ghandour et al., 2020, p. 2).

Caroppo et al. (2020) addressed various feelings, such as melancholy, confusion, boredom and nostalgia, as well as fear and anxiety. Al Dhaheri et al. (2021), based on the experience of the region studied with MERS-CoV, sought to assess the effect of the pandemic on the mental health of the population of the MENA region by asking whether people felt horrified, apprehensive or helpless. The qualitative research pointed to unique experiences, which do not fit into the notion of a symptom and which, as a result of the approach used, do not fit into the standardized experiences assessed by scales. Souza et al. (2020), in a survey of Haitian immigrants in Brazil, identified fear, isolation, loneliness, lack of friendships, discouragement and concerns about work and family subsistence in Brazil and Haiti, uncertainty about the future, risk of contamination and dying in Brazil. Another qualitative study by Huq

et al. (2021) emphasized the experience of Indian women with a history of family violence during the pandemic. The participants reported increased stress, overload and worries about finances, food and children.

Other experiences related to mental health were also discussed/evaluated, such as loneliness (Beutel et al., 2021; McQuaid et al., 2021; Myhr et al., 2021; Souza et al., 2020), stress (Gopal et al., 2020; Gazmararian et al., 2021; Ghandour et al., 2020; Huq et al., 2021; Salameh et al., 2020; Şentürk et al., 2021), mental well-being (Folch et al., 2022; Myhr et al., 2021), quality of life (Myhr et al., 2021), insomnia/sleep disorders (Bajaj et al., 2020; Fu et al., 2020), fear, worry, horror, apprehension, concerns, isolation, perceived threat, and dissatisfaction (Fitzpatrick et al., 2020; Souza et al., 2020; Le & Nguyen, 2021; Caroppo et al., 2020).

Therefore, most of the studies took a traditional approach to mental health and relied on a psychopathological perspective to address it. Despite this tendency, some studies addressed a greater diversity of feelings/emotions, did not rely on the notion of symptom/disorder and rejected perspectives based on a pathologizing psychological grammar (Al Dhaheri et al., 2021; Caroppo et al., 2020; Ghandour et al., 2020; Souza et al., 2020). Despite the prevalence of a traditional approach to mental health research, the studies were able to identify that economic status, gender, racial and territorial inequalities, among many other variables, have had a negative impact on mental health during the pandemic.

Some of the articles exemplified the consequences of a psychopathological approach by emphasizing the importance of psychiatric planning and psychological support that prioritizes vulnerable groups (Özdin & Özdin, 2020), of screening for mental health problems among subgroups exposed to various risk factors, such as economic insecurity (Salameh et al., 2020) and of even implementing preventive actions, such as interventions in cognitive behavioral therapy and mindfulness. There was even a recommendation that people “should find appropriate ways to exercise to improve their sleep quality and reactions to stress from the epidemic”

(Fu et al., 2020, p. 8). The strategy suggested in these cases is that of an individualistic and psychiatrizing nature, although these same studies explained the role of inequalities in the worst mental health conditions found.

In contrast to this perspective, other research suggested the need for broad strategies, such as financial assistance measures (Moulin et al., 2022), actions to reduce poverty, reduce food insecurity and expand access to the health system (Nie et al., 2021), social and health policies, the prioritization of the most vulnerable groups (Myhr et al., 2021), moral and financial support for low-income families and those who have lost their jobs, and, finally, the regulation of working hours (Al Dhaheri et al., 2021).

The most vulnerable groups, whether due to living in war zones, socioeconomic uncertainty, experience of domestic violence or immigrant status, were found to have the worst mental health. As discussed below, the examined studies found that women (adults, young people or adolescents), ethnic minority populations (such as blacks, Hispanics and immigrants) and those from disadvantaged economic classes have worse mental health. This corroborates the argument that we are experiencing a global syndemic, the effects of which have been differentiated in interaction with the inequalities experienced by the most vulnerable groups and in interaction with the political agendas of each government.

The Unequal Distribution of Suffering: Gender, Race and COVID-19

The aim of this category was to highlight the intertwining of gender, ethnic-racial and income inequalities and their relationship with mental health in the articles analyzed. The latter was mentioned in most of the studies, whether they looked at the mental health of women, young people, adolescents, children, immigrants or adults and whether the study took place in America, Europe, Africa or Asia. Among the articles analyzed, those that addressed the relationship between mental health and this marker indicated that the impacts on mental health were greater for groups in lower socioeconomic positions

(Al Dhaheri et al. 2021; Bajaj et al., 2020; Beutel et al., 2021; Caroppo et al., 2020; Folch et al., 2022; Huq et al., 2021; Lee & Singh, 2021; Massad, et al., 2020; McQuaid et al., 2021; Moulin et al., 2022; Myhr et al., 2021; Nie et al., 2021; Özdin & Özdin, 2020; Reagu, et al., 2021; Refaeli & Krumer-Nevo, 2022; Salameh et al., 2020; Şentürk et al., 2021; Souza et al., 2020; Tham et al., 2021).

In addition to this aspect, gender inequalities appear to be an important element, as they were pointed out by a significant number of articles as one of the main factors in health inequalities; 20 studies stated that women, when compared to men, have suffered a greater impact on mental health during the pandemic, as specified in the examples below.

As described in the previous category, mental health was approached from different perspectives, which means that different terms were used to express the data in question. Women not only constituted the most psychologically affected group (1) but also showed higher rates of stress (Al Dhaheri et al., 2021; Gopal et al., 2020; Huq et al., 2021; Massad et al., 2020; Salameh et al., 2020), anxiety (Beutel et al., 2021; Caroppo et al., 2020; Fu et al., 2020; Gazmamarian et al., 2021; Gopal et al., 2020; Huq et al., 2021; McQuaid et al., 2021; Salameh et al., 2020; Şentürk et al., 2021) and depressive symptoms/depression (Gazmamarian et al., 2021; McQuaid et al., 2021; Şentürk et al., 2021). Adolescent girls showed worse mental health outcomes (Folch et al., 2022). Women showed greater mental distress (Refaeli & Krumer-Nevo, 2022); women were disproportionately affected with greater mental distress (Tham et al., 2021); women were significantly more likely to report distress and insecurity (Ghandour et al., 2020), melancholy, confusion and nostalgia (Caroppo et al., 2020); women had higher levels of worry, fear (Caroppo et al., 2020; Fitzpatrick et al., 2020) and loneliness (McQuaid et al., 2021); and women higher levels of sleep disorders/insomnia (Fu et al., 2020; Bajaj et al., 2020).

The studies that briefly addressed the reasons that led women to suffer a greater impact on their mental health associated these results with the work overload/domestic responsibility experienced by women (Gopal et al., 2020; Huq et al., 2021; Şentürk et al., 2021); situations of domestic violence (Gopal et al.,

2020; Huq et al., 2021; Massad et al., 2020); financial insecurity/concern (Al Dhaheri et al., 2021; Huq et al., 2021; Şentürk et al., 2021; Tham et al., 2021); and food insecurity (Huq et al., 2021); and unemployment/work-related concern (Al Dhaheri et al., 2021; Beutel et al., 2021; Refaeli & Krumer-Nevo, 2022).

A study carried out in Turkey reported that the gender inequalities found in health experiences were due to the time spent on household chores and childcare. Curiously, the authors stated that “contrary to expectations, surprisingly” women’s workload has increased compared to men’s. They also stated that women are more responsive to domestic demands and that their tasks are more often interrupted by children or carried out in their presence (Şentürk, et al., 2021).

Contrary to the authors’ expectations, and in line with their own findings, a series of reports pointed to the greater vulnerability of and burdens placed on women; in an early report released by Oxford Committee for Famine Relief (Comitê de Oxford para o Alívio da Fome [Oxfam], 2020), women, especially black and Latino women, were already identified as one of the main groups affected by the pandemic and therefore more vulnerable. Additionally, in a report produced by the UN, the data show that women are those most affected by unpaid domestic work, especially in times of crisis, such as the pandemic (Organização das Nações Unidas [ONU], 2020). In a report presented by the Pan American Health Organization (PAHO, 2021), “Gender and Health Analysis: COVID-19 in the Americas”, the data reveal that the COVID-19 pandemic has had a disproportionate impact on women in the Americas, threatening their development and well-being and contributing to increasing gender inequality in health.

In a study conducted in India, the results showed that women had significantly more domestic responsibilities during lockdown periods, mainly due to “the skewed gender division of domestic labor in India” (Gopal et al., 2020, p. 9). According to the authors, the increased level of responsibilities, combined with a lack of time for themselves, could increase women’s levels of stress, anxiety and depression. The same study pointed to the high prevalence rate of domestic violence experienced

by women in India, which were intensified in the pandemic, thereby reflecting India's patriarchal social organization (Gopal et al., 2020).

We found a cross-cultural character in the expressions of gender inequalities in health, marked by the social role assigned to women in the sexual division of labor. Although articles from different countries were analyzed, implying different contexts and realities, patriarchy as a system that orders a certain social logic was found to operate in different realities, producing similar expressions regarding women's mental health. Imbued in this logic, explanations such as that women "tend to believe that they have no control over their worries and are therefore prone to worry about their worries, resulting in a vicious cycle of anxiety" (Massad et al., 2020) appear as justifications for the high levels of stress experienced by women during the pandemic.

In this research, which was conducted in Jordan, the results showed an increase in domestic violence along with other forms of violence against women; this is in line with data from the United Nations Population Fund (UNPF), which, according to the study's authors, indicate that 69% of Jordanian women have been victims of some form of domestic gender-based violence during the COVID-19 pandemic. In addition, the authors stated that those who had a low income and lived with a large number of people at home experienced higher levels of anxiety during the pandemic (Massad et al., 2020).

In addition to gender and income inequalities, the analysis of the articles also highlights health inequalities produced by ethnic and racial inequalities, which were explored or at least mentioned in five studies (Le & Nguyen, 2021; Lee & Singh, 2021; McQuaid et al., 2021; Reagu et al., 2021; Souza et al., 2020). In this context, the experiences of immigrant workers during the pandemic deserve to be highlighted, as it can be seen that health inequalities were strongly linked to the social vulnerabilities to which they are subjected, especially unemployment/poor working conditions and housing conditions (Reagu et al., 2021; Souza et al., 2020). Both studies carried out with immigrant workers, one of which was conducted in Qatar and the other of which was conducted in Brazil, showed

the "weight" of social isolation expressed in the high rates of depression and anxiety seen during the pandemic, as well as fear and worries related to work, their own livelihoods and the livelihoods of family members in their homelands.

The study carried out by Reagu et al. (2021) in Qatar highlighted not only the particularities of the country, whose majority foreign population (88%) makes it unique, but also the fact that loneliness and social isolation were two of the main factors impacting mental health during the pandemic. The authors also pointed out that the group investigated had free access to health care provided by the state, which contributed to isolation being the main source of their suffering.

While Le and Nguyen (2021) pointed out the lack of statistical evidence on the impact of the pandemic on the mental health of Hispanic and black individuals in the USA, Lee and Singh (2021) highlighted the association between low educational and income levels and worse mental health conditions for both groups, expressed mainly in higher rates of depression. Additionally, the results of research carried out in Canada indicated that the negative impacts of the pandemic on mental health and well-being have disproportionately affected precarious groups, such as ethnic minorities and low-income individuals (McQuaid et al., 2021). Similarly, in a study conducted in Catalonia, the results showed that adolescents from ethnic minorities had greater concerns about the pandemic (Folch et al., 2022). Finally, in a study carried out in Norway, the findings indicated increased rates of psychological distress among less-privileged socioeconomic groups (Myhr et al., 2021).

Final Thoughts

The results found in this review allowed us to identify the conceptions and approaches to mental health that have been used in national and international research during the COVID-19 pandemic, considering the contexts of social inequalities experienced by different social and population groups. Although no definitions of the concept of mental health were found in the

analyzed articles, there was a predominance of the association of mental health with anxiety and depression, demonstrating a certain naturalization and automatization of the psychopathological approach to psychological suffering.

Despite the adoption of hegemonically biomedical paradigms that reinforce a symptomatological psychiatric grammar, it was possible to see that economic insecurity, lack of work, poverty, and gender and racial inequalities are very important for analyzing mental health conditions, especially in times of crisis. In this sense, the findings seem to reinforce the interaction that has occurred between the biological (virus), the psychosocial and the political in regard to the production of various forms of suffering and illness during the COVID-19 pandemic. These results could contribute to the need to build mental health care policies that are linked to social, political and community life. Finally, future research using more comprehensive readings on mental health and based on dialogic and participatory methodologies could foster new reflections and possible contributions to the field.

References

- Al Dhaheri, A. S., Bataineh, M. F., Mohamad, M. N., Ajab, A., Al Marzouqi, A., Jarrar, A.H., & Ismail, L. C. (2021). Impact of COVID-19 on mental health and quality of life: Is there any effect? A cross-sectional study of the MENA region. *PLoS ONE*, *16*(3), e0249107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249107>
- Bajaj, S., Blair, K. S., Schwartz, A., Dobbertin, M., & Blair, R. J. R. (2020). Worry and insomnia as risk factors for depression during initial stages of COVID-19 pandemic in India. *PLoS ONE*, *15*(12), e0243527.
- Beutel, M., Hettich, N., Ernst, M., Schmutzer, G., Tibubos, A., & Braehler, E. (2021). Mental health and loneliness in the German general population during the COVID-19 pandemic compared to a representative pre-pandemic assessment. *Scientific Reports*, *11*(1), 14946.
- Bispo, J. P., Júnior, & Santos, D. B. (2021). COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *37*(10), e00119021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>
- Buss, P. M., & Fonseca, L. E. (2020). *Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho*. Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9786557080290>
- Caroppo, E., De Lellis, P., Lega, I., Candelori, A., Pedacchia, D., Pellegrini, A., Sonnino, R., Venturiello, V., Marìn, M. R., & Porfiri, M. (2020). Unequal effects of the national lockdown on mental and social health in Italy. *Ann Ist Super Sanita*, *56*(4), 497-501. https://doi.org/10.4415/ANN_20_04_13
- Comitê de Oxford para o Alívio da Fome. (2020). *Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade*. Oxfam Brasil.
- Fitzpatrick, K. M., Drawve, G., & Harris, C. (2020). Facing new fears during the COVID-19 pandemic: The State of America's mental health. *Journal of Anxiety Disorders*, *75*, 102291. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102291>

- Folch, C., González-Casals, H., Colom, J., Bosque-Prous, M., Barón-García, T., Álvarez-Vargas, A., Casabona, J., & Espelt, A. (2022). Mental well-being during the COVID-19 confinement among adolescents in Catalonia: the role of demographic and other COVID-related variables. *Children, 9*(6), 783. <https://doi.org/10.3390/children9060783>
- Fu, W., Wang, C., Zou, L., Guo, Y., Lu, Z., Yan, S., & Mao, J. (2020). Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Transl Psychiatry, 10*(1), 225. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00913-3>
- Gazmararian, J., Weingart, R., Campbell, K., Cronin, T., & Ashta, J. (2021). Impact of COVID-19 Pandemic on the mental health of students from 2 semi-rural High Schools in Georgia. *Journal of School Health, 91*(5), 356-369.
- Ghandour, R., Ghanayem, R., Alkhanafsa, F., Alsharif, A., Asfour, H., Hoshiya, A., Masalmeh, A., Nadi, M., Othman, L., Ryahe, S., Wahdan, Y., Wahssh, S., Yamani, A., & Giacaman, R. (2020). Double burden of COVID-19 Pandemic and military occupation: mental health among a Palestinian University Community in the West Bank. *Annals of Global Health, 86*(1), 131. <https://doi.org/10.5334/aogh.3007>
- Gopal, A., Sharma, A. J., & Subramanyam, M. A. (2020). Dynamics of psychological responses to COVID-19 in India: a longitudinal study. *PLoS ONE, 15*(10), e0240650. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240650>
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet, 396*(10255), 874. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)
- Huq, M., Das, T., Devakumar, D. N., Daruwalla, N., & Osrin, D. (2021). Intersectional tension: A qualitative study of the effects of the COVID-19 response on survivors of violence against women in urban India. *BMJ Open, 11*(9), e050381.
- Le, K., & Nguyen, M. (2021). The psychological burden of the COVID-19 pandemic severity. *Economics and Human Biology, 41*, 100979. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2021.100979>
- Lee, H., & Singh, G. K. (2021). Monthly trends in self-reported health status and depression by race/ethnicity and socioeconomic status during the COVID-19 Pandemic. *Annals of Epidemiology, 63*, 52-62.
- Massad, I., Al-Taher, R., Massad, F., Qussay Al-Sabbagh, M., Haddad, M., & Abufaraj, M. (2020). The impact of the covid-19 pandemic on mental health: early quarantine-related anxiety and its correlates among Jordanians. *Eastern Mediterranean Health Journal, 26*(10), 1165-1172. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.115>
- McQuaid, R. J., Cox, S. M. L., Ogunlana, A., & Jaworska, N. (2021). The burden of loneliness: implications of the social determinants of health during COVID-19. *Psychiatry Research, 296*, 113648.
- Moulin, F., Bailhache, M., Monnier, M., Thierry, X., Vandentorren, S., Côté, S. M., Falissard, B., Simeon, T., Geay, B., Marchand, L., Dufourg, M.-N., Ancel, P.-Y., Charles, M.-A., Rouquette, A., Melchior, M., & Galéra, C. (2022). Longitudinal impact of psychosocial status on children's mental health in the context of COVID-19 pandemic restrictions. *European Child & Adolescent Psychiatry, 32*(6), 1073-1082. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02010-w>
- Myhr, A., Naper, L. R., Samarawickrema, R. K., & Vesterbekkmo, R. K. (2021). Impact of COVID-19 Pandemic Lockdown on mental well-being of norwegian adolescents during the first wave-socioeconomic position and gender differences. *Frontiers in Public Health, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.717747>
- Nie, P., Ding, L., Chen, Z., Liu, S., Zhang, Q., Shi, Z., Wang, L., Xue, H. Liu, G. G., & Wang, Y. (2021). Income-related health inequality among Chinese adults during the COVID-19 pandemic: evidence based on an online survey. *International Journal for Equity in Health, 20*(1), 1-13.
- Organização das Nações Unidas. (2020). *Gênero e covid-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta*. Recuperado de https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf

- Organização Pan-Americana de Saúde (2022, March 2). Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. *PAHO.org*. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>
- Özdin, S., & Özdin, Ş. B. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: the importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry, 66*(5), 504-511.
- Pan American Health Organization. (2021). *Gendered health analysis: COVID-19 in the Americas*. Retrieved from <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55432>
- Reagu, S., Wadoo, O., Latoo, J., Nelson, D., Ouanes, S., Masoodi, N., Karim, M. A., Iqbal, Y., Al Abdulla, S., Al Nuaimi, S. K., Abdelmajid, A. A. B., Al Samawi, M. S., Khodoruth, M. A. S., Khodoruth, W. N. C.-K., Al-Maslamani, M. A. R. S., & Alabdulla, M. (2021). Psychological impact of the COVID-19 pandemic within institutional quarantine and isolation centres and its sociodemographic correlates in Qatar: a cross-sectional study. *BMJ Open, 11*(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045794>
- Refaeli, T., & Krumer-Nevo, M. (2022). Mental distress during the coronavirus pandemic in Israel: Who are the most vulnerable? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(1), 124. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010124>
- Salameh, P., Hajj, A., Badro, D. A., Selwan, C. A., Aoun, R., Sacre, H. (2020). Mental health outcomes of the COVID-19 Pandemic and a collapsing economy: perspectives from a developing country. *Psychiatry Research, 294*, 113520. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113520>
- Segata, J. (2020). Covid-19, biossegurança e antropologia. *Horiz. Antropol., 57*, 275-313.
- Şentürk, E., Sağaltıcı, E., Geniş, B., & Günday Toker, Ö. (2021). Predictors of depression, anxiety and stress among remote workers during the COVID-19 pandemic. *Work, 70*(1), 41-51. <https://doi.org/10.3233/WOR-210082>
- Souza, J. B., Heidemann, I. T. S. B., Geremia, D. S., Madureira, V. S. F., Bitencourt, J. V. O. V., & Tombini, L. H. T. (2020). Pandemia e imigração: famílias haitianas no enfrentamento da COVID-19 no Brasil. *Escola Anna Nery, 24*(spe). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0242>
- Tham, W., Sojli, E., Bryant, R. & McAleer, M. (2021). Common mental disorders and economic uncertainty: evidence from the COVID-19 Pandemic in the U.S. *PLoS ONE, 16*(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260726>
- World Health Organization. (2023). *WHO COVID-19 dashboard*. Retrieved from <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>

Note

Research funded by FAPEMIG, Public Call No. 001/2022 - Universal Demands and by CNPQ, process 420492/2022-4 - Pro-Humanities 2022.