

Corpo Editorial

Editor-chefe:

Dra. Zuleika L.S. Costa.

Editores:

Brunna Silveira Fernandes

Eduardo Schmitz de Souza

Dr. José Carlos L. Carvalho.

Avaliadores(as):

Dr. Alessandro Bartz;

Dr. Gabriel N. Cortezi;

Dr. João Paulo Heinzmann Filho;

Dra. Luciane M. Daltoé;

Dra. Magda M. Mello;

Dr. Ricardo Pedrozo Saldanha;

Dra. Simone C. Frichembruder.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Revista Perspectiva: ciência e saúde. / Centro Universitário Cenecista de Osório. – Ano 2, Vol. 2, No. 1 (2017). – Osório, RS: UNICNEC, 2017.
Semestral
E-ISSN 2526-1541
1. Saúde. 2. Qualidade de vida. 3. Prevenção e gestão em saúde. 4. Interdisciplinar.

Bibliotecária responsável Kátia Rosi Possobon CRB10/1782

EDITORIAL

A Revista Perspectiva: Ciência e Saúde, uma publicação do Curso de Psicologia da Unicnec, tem a satisfação de lançar a primeira edição do ano de 2022. Os estudos que seguem abordam uma variedade de tópicos significativos de saúde e pesquisa em psicologia, agrupados nas seguintes temáticas: a alienação parental e o desenvolvimento de esquemas desadaptativos remotos; a efetividade dos processos de cuidado a crianças e adolescentes em casa de acolhimento; a alienação parental como possível evento estressor precoce ao desenvolvimento de esquemas desadaptativos remotos; a síndrome de Burnout e seus impactos na vida do professor do ensino fundamental; um estudo de caso sobre diagnóstico de transtorno de personalidade borderline na adolescência; as expressões de homossexualidade e seus impactos na família; e a efetividade de intervenções psicossociais em diferentes cenários como, a promoção de ações positivas para a doação de órgãos, a prevenção da depressão pós-parto, o tratamento oncológico de crianças, o tratamento antirretroviral, o tratamento de indivíduos que sofrem com o ciúme patológico e o tratamento de mulheres que sofrem ou sofreram algum tipo de violência pelo parceiro íntimo.

Agradeço a todos os nossos autores que com seus trabalhos elegeram a Revista Perspectiva: Ciência e Saúde seu periódico de escolha. Também, aproveito a oportunidade para expressar minha sincera gratidão aos integrantes do conselho editorial por seu esforço coletivo e dedicação à Revista. Nosso foco principal continuará sendo a publicação de artigos de pesquisa de alta qualidade que ajudam os profissionais de saúde a navegar no complexo ambiente de atendimento de hoje. Esperamos que esse meio de publicação científica continue a representar para o campo da saúde, local de reflexão visando um aprimoramento tanto de práticas profissionais, quanto de questões para novos estudos.

Boa leitura,

Att; Professora Dra. Zuleika L. S. Costa

Editora-chefe.

EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO FAVORECIMENTO DA CADEIA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN FAVORING THE ORGAN DONATION CHAIN

Lani Gnocato ¹
José Carlos de Carvalho Leite ²

Resumo: O presente trabalho teve como objetivo verificar a eficácia de intervenções psicológicas na promoção de ações positivas a doação de órgãos e tecidos descritos na literatura. Refere-se a uma revisão bibliográfica, sendo utilizada para a escrita na base de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde); Scielo (Scientific Electronic Library Online); PEPSI (Periódicos Eletrônicos em Psicologia). Foram 14 artigos selecionados dos últimos dez anos que preencheram os critérios de inclusão. É notável a indispensabilidade da assistência prestada adequadamente pelo psicólogo e demais profissionais participantes do processo ao paciente potencial doador, paciente receptor e sua família, através do acolhimento, escuta, humanização do atendimento, as informações passadas aos familiares, o modo como a entrevista familiar é realizada, o apoio na elaboração do luto e o aspecto biopsicossocial. Demonstrando que a atuação do psicólogo e as intervenções psicológicas no contexto dos transplantes influenciam significativamente no processo de doação de órgãos e tecidos.

Palavras-chave: Atuação do psicólogo na doação, psicologia Hospitalar, psicologia da Saúde e transplantes.

Abstract

The present study aimed to verify the effectiveness of psychological interventions in promoting positive actions for organ and tissue donation described in the literature. It refers to a literature review based on the following data base: BVS (Virtual Health Library) database; Scielo (Scientific Electronic Library Online) and PEPSI (Electronic Journals in Psychology). There were 14 articles selected from the last ten years that met the inclusion criteria. Regarding the psychological interventions in the donation process, the importance of the assistance provided adequately by the psychologist and other professionals participating in the process to the potential donor patient, recipient patient and their Family, through the welcoming, listening, humanization of care, the information passed on is notable. To Family members, the way the Family interview is conducted the support in the elaboration

¹Lani Gnocato Graduada em Psicologia, Pós Graduada em Psicologia Hospitalar. E-mail: lanignocato56@gmail.com

²José Carlos de Carvalho Leite Doutor em Psicologia da Saúde pela University Of London (1993-1998). Professor da Universidade La Salle. E-mail: jcdc.leite@gmail.br

of mourning and aspect biopsychosocial. Demonstrating that the psychologist's performance and psychological interventions in the context of transplants significantly influence how the organ and tissue donation process will succeed, being an aspect that directly interferes in a favorable or negative attitude to donation.

Keywords: Psychologist performance in donation, hospital psychology, health psychology and transplants.

INTRODUÇÃO

Os transplantes de órgãos e tecidos são técnicas cirúrgicas que podem salvar vidas e proporcionar esperança ao paciente com os mais diversos tipos de doenças. Diante desta situação após a descoberta de uma doença crônica, para o sujeito, seus familiares e pessoas mais próximas podem gerar neste paciente medo, ansios e diversas mudanças psicossociais significativas que influenciam de forma direta na qualidade de vida deste sujeito. Entretanto, a quantidade de transplantes realizados pelo sistema único de saúde (SUS) tem sido significativamente baixo. Segundo Martins, Valente e Calais (2016) este baixo índice pode estar relacionado às adversidades tecnológicas e ao reduzido número de doadores. (Martins, Valente & Calais, 2016)

O transplante de órgãos caracteriza-se pelo procedimento cirúrgico que compreende na reposição de um órgão (coração, pulmão, fígado, rim e pâncreas) ou tecido (córneas, ossos e medula óssea) de um indivíduo doente (receptor) por outro órgão normal de um doador vivo ou post-mortem. No contexto atual, com o elevado número de pacientes na fila de espera pelo transplante, a angústia e o medo trazido pela doença ao paciente podem se intensificar. A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [ABTO] no ano de 2019 indicou que o número de pacientes em fila de espera em todo o Brasil é de 33.468, destes 1.377 somente no estado do Rio Grande do Sul. Sendo assim, é importantíssimo que os integrantes da equipe de transplantes e hospitalar trabalhem de maneira multidisciplinar, propiciando acolhimento, bem-estar e cuidado a estes pacientes e seus familiares. A doação de órgão consiste em um procedimento que está situado em uma linha tênue entre a vida e a morte, sendo necessário discussões com os doadores, receptores e no contexto familiar. As fantasias do senso comum que podem surgir a partir das discussões realizadas e as informações errôneas sobre o procedimento está associado ao baixo índice de doadores. ((Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [ABTO], 2019; Costa & Rocha, 2019)

A atuação do psicólogo no ambiente hospitalar, especialmente em unidade de Transplantes, possibilita ao paciente adquirir comportamentos e desenvolver habilidades que permitam lidar com as consequências da doença nos momentos de crise, objetivando o bem-estar e a saúde psíquica e física deste sujeito. (Costa & Rocha, 2019)

A partir disto, o presente estudo visa identificar evidências da efetividade de intervenções psicológicas para promover conhecimentos compatíveis com uma atitude positiva em relação a doação de órgãos e tecidos em adultos, perpassando o sistema de transplante no Brasil, o sistema de doação de órgãos e as possibilidades de trabalho do psicólogo em unidades de transplantes.

Identificar, através de uma revisão da literatura, os possíveis indicativos acerca da efetividade de intervenções psicológicas para promover atitudes positivas à doação de órgãos, tecidos e transplantes de doadores vivos ou pós-morte.

Psicologia Hospitalar

No Brasil a psicologia hospitalar é relativamente nova, a partir da Resolução nº 02/2001 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que se deu sua regulamentação. É importante salientar que a Psicologia Hospitalar é vista somente no Brasil, já que nos demais países é intitulada como Psicologia da Saúde, tendo suas funções voltadas para as interferências nos níveis primário, secundário e terciário.

O psicólogo hospitalar tem sua atuação restrita no nível secundário e terciário, quando já há uma doença. Entre suas funções, cabe ao psicólogo interferir nas implicações emocionais vindas de diferentes relações presentes no quadro do adoecimento e hospitalização entre paciente, a família e equipe multiprofissional, colaborar e auxiliar os integrantes da equipe relativo à tomada de escolhas pertinentes ações praticadas, visando garantir segurança e apoio para o paciente e sua família. Segundo Coelho e Silva (2012) a trilogia da psicologia hospitalar está guiada na humanização do atendimento. Para os pacientes e seus familiares necessitando de compreensão, apoio e amparo para enfrentar o período de crise- o adoecimento e a ameaça real da morte. E pelas equipes, a relação diária com a morte, ocasiona elevado grau de estresse e de adoecimento psíquico. São diversos os métodos de trabalho do psicólogo no âmbito hospitalar, mas sua síntese de atuação está na interpretação dos sentimentos, emoções e as relações vividas no âmbito hospitalar, objetivando o favorecendo do bem-estar mental, físico e social. (Coelho & Silva, 2012)

Atuação do psicólogo em unidades de transplantes

Segundo Costa e Rocha (2019) a atuação do psicólogo que integra a equipe de unidade de transplante se dá de maneira interdisciplinar, isto é, intervém em união com vários profissionais, como enfermeiros, médicos, assistentes sociais dentre outros. Sendo assim, com a inserção do psicólogo na equipe, os aspectos psicológicos obterão a atenção devida, pois, a saúde mental do paciente pode influenciar benéficamente no seu tratamento físico.

O psicólogo realiza um trabalho de suma importância na unidade de transplantes, pois intervém não somente na condição individual do paciente, mas também no modo de grupos, com os integrantes da equipe no qual o seu conhecimento é compartilhado e com a família do paciente. Visto que o processo de doação de órgãos consiste num momento estressante para os familiares, sendo necessário o suporte a fim de amenizar o sofrimento vivido pela família. (Costa & Rocha, 2019; Cinque & Bianchi, 2010)

No âmbito hospitalar, o psicólogo coloca-se como parte de ligação do trio paciente, família e equipe, sendo participante das relações frente às necessidades e desejos do paciente e da família, possibilitando melhor qualidade no atendimento dos profissionais e instituição, estimulando o favorecimento da tomada de decisão pela doação de órgãos e tecidos. (Coelho & Silva, 2012)

Índices de doações e transplantes no Brasil

Segundo dados realizados trimestralmente pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) de janeiro a setembro de 2019, o número de pacientes ativos em lista de espera para transplante é 33.468, o número de notificações de potenciais doadores foi de 8.469, destes 5.694 não doadores (recusa da doação) e somente 2.775 de doadores efetivos. No Rio Grande do Sul, 1.377 integram a lista de espera, o número de notificações de potenciais doadores foi de 512, destes 330 não doadores (recusa da doação) e 182 de doadores efetivos. A partir destes dados é perceptível o baixo índice de doação de órgãos e tecidos, em esfera nacional e estadual. (ABTO, 2019)

A baixa taxa de doações para realização de transplantes é inegável. Demonstrando a necessidade de elevar o número de doação de órgãos e tecidos para a finalidade de transplantes ainda se constitui uma adversidade a ser vencida pela nossa sociedade. Sendo assim, é preciso compreender os aspectos da negação e aceitação que estão envolvidos no processo de doação de órgãos, tecidos e transplantes no Brasil. (Cajado & Franco, 2016)

Definição de transplante e morte Encefálica

Segundo Agência Brasil [EBC] (2020) O transplante de Órgãos e tecidos caracteriza-se pelo procedimento cirúrgico de substituição de um órgão (rim, pâncreas, fígado, coração e pulmão) ou tecido (córnea, medula óssea e ossos) de uma pessoa doente por outro órgão ou tecido normal de um doador vivo ou post-mortem (morto). (Agência Brasil [EBC], 2020) O doador vivo segundo a legislação brasileira, deve possuir parentesco de até quarto grau (filho (a), pai, mãe, tio (a), avó (ô) e/ou cônjuges, mas os que não possuem grau de parentesco podem realizar a doação perante autorização judicial. Sendo assim, a pessoa que pretende ser doador de órgãos e tecidos essencialmente deve comunicar a sua vontade para seus familiares. O doador pós-mortem ou doador falecido, somente torna-se doador após o diagnóstico de morte encefálica (ME) ser constatado pelo médico, posteriormente a família é informada sobre a possibilidade de doação de órgãos. É sugerido que a primeira abordagem com a família seja efetuada pelo próprio médico do potencial doador falecido ou pelo médico da Unidade de Tratamento Intensivo, e seguidamente, que seja feita a abordagem pela equipe OPO (Organização de Procura de Órgãos). A morte encefálica (ME) segundo a ABTO (2020) define-se pela “morte baseada na ausência de todas as funções neurológicas”. Caracteriza-se pela total e irreversível parada de todas as funcionalidades do cérebro. (ABTO, 2020; Carlos & Rocha, 2019)

É relevante destacar que o Brasil se constitui como uma referência mundial no âmbito de transplantes e com o maior sistema público de transplantes do mundo. Sendo o segundo maior transplantador do mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos. O SUS atualmente financia cerca de 96% dos procedimentos feitos no país, nos quais os pacientes têm assistência integral e gratuita, pela rede pública de saúde, que incluem o acompanhamento, exames, cirurgia e medicamentos pós-transplante. (Costa & Rocha, 2019)

Legislação do processo de doação de órgãos tecidos e transplantes no Brasil

Os transplantes de órgãos no Brasil tiveram início no ano de 1960 com o transplante renal. Mas em razão da baixa sobrevivência dos pacientes o tratamento foi pouco expandido). A lei de transplantes no Brasil é embasada no modelo Espanhol. Que criou o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) formando as Central de notificação, captação e distribuição de órgãos (CNCDO) no contexto hospitalar, tem-se pelos critérios determinados pela legislação

efetuando a criação das Comissões Intra-hospitalar de doação de órgãos tecidos e Transplantes (CIHDOTT). De 1968 a 1990, havia pouca regulamentação para o procedimento de transplante. Existiam apenas regulamentações regionais e locais, elaboradas informalmente referente a inscrição de receptores, ordem de transplantes, captação e distribuição dos órgãos. Em 1992 foi implementada a lei nº 8.489, referente a criação do Sistema Nacional de Transplantes vigente até 1997, que posteriormente neste mesmo ano foi substituída pela lei 9.434 que dispõe sobre a retirada dos órgãos e tecidos para fins de transplante. Em 1997, após a Criação do SNT que começou sua operacionalização efetivamente em 1998, o sistema nacional de transplantes foi formado pelas centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos (CNCDO). Em 2001 foi alterada em alguns aspectos pela lei 10.211 que diz respeito a legalidade de autorização para a remoção de órgãos, a inscrição de uma lista única de espera no Sistema Nacional de Transplantes e a autorização à pessoa juridicamente capaz de predispor-se gratuitamente de órgãos e tecidos de si próprio em vida. Em 2005 pela emenda 1.752 foi instituída a regulamentação do Transplante no Sistema Único de Saúde (SUS) que determinava a criação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de órgãos tecidos e Transplantes (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, particulares e filantrópicos com números iguais ou superiores a 80 leitos. (Cajado & Franco, 2016).

Em 2009 a emenda 2.600 aprova o regulamento técnico do SNT e regulamenta os serviços do CIHDOTT nas instituições hospitalares estabelecendo os seus deveres e finalidades. A partir desta emenda também foram criadas as Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO), que devem referir-se a CNCDO, trabalhando em conjunto com as CIHDOTT dos hospitais situados em suas respectivas áreas de atuação. Esta emenda objetivou melhorar a organização do processo de captação de órgãos e oportunizar o aumento qualitativo e quantitativo do transplante de órgãos e tecidos. (Cajado & Franco, 2016).

Limitadores frente ao processo de doação de órgãos e tecidos

Atualmente ainda se apresentam limitantes frente a prática de transplantes, sendo esta referente a doação de órgãos, na qual se encontram vários dificultadores como valores éticos, morais, familiares, culturais e religiosos. Sendo necessário a conscientização, informações adequadas, o manejo dos profissionais capacitados de maneira honesta, respeitosa e humanizada. (Costa & Rocha, 2019; Santos & Massarollo, 2011)

Segundo Coelho e Silva (2012) são diversos os impasses relevantes que interferem na decisão negativa ou favorável a doação de órgãos de familiares falecidos, como: o desejo do paciente de doar manifestado em vida, grau de escolaridade, respeito aos doadores, receio sobre alguma possível irregularidade no processo de doação, interferência no aspecto estético do corpo do doador, religião, relação da família com a equipe hospitalar e as informações passadas pelos médicos da instituição. (Coelho & Silva, 2012)

Segundo Cajado e Franco (2016) a recusa da família tem sido indicada como uma das maiores causas de negação da doação de órgãos e tecidos de doadores falecidos. As causas mais recorrentes são: o não conhecimento sobre o desejo do paciente em vida, a resistência de entendimento e a aceitação da morte encefálica, aspectos religiosos, inoportunidade da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos, renúncia em vida do potencial doador falecido e a questão da aparência estética do corpo após a cirurgia da doação. Para Ladessa, Silva e Oliveira (2015) os potenciais doadores falecidos com diagnóstico de Morte encefálica, são pacientes em internação com características neurológicas de Glasgow 3, sem sedação e sem resposta a estímulos externos. A lei desde 1992 obriga a notificação de ME, pois a resolução 1.346 de 1991 do Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelece que para a realização do diagnóstico de Morte encefálica é necessário dois testes clínicos e um exame complementar conforme a idade do paciente. Os médicos não podem ser integrantes das equipes de remoção e transplante. O processo tem duração de 12 a 36 horas após a suspeita até a confirmação. Sendo essencial nesta fase o acolhimento familiar, a partir da notícia do diagnóstico de ME têm-se por finalidade de ajudar a família a vivenciar o luto e para que a temática sobre a possibilidade de doação seja inserida. A ME difere-se da doação de órgãos e tecidos, sendo de suma importância o papel do psicólogo neste momento. (Fonseca, Tavares, Silva, & Nascimento, 2016; Ladessa, Silva, & Oliveira, 2015; Lima, Ribeiro, & Ferreira, 2017)

Possibilidades de Atuação do Psicólogo Hospitalar

O acolhimento familiar pode ser feito por qualquer profissional da saúde. Na entrevista familiar com o potencial doador, o psicólogo permanece desde a internação até a devolução do corpo à família (no caso de resposta favorável a doação), sendo trabalhado as necessidades emocionais por meio da escuta e do acolhimento. (Ladessa et al., 2015)

Segundo Santos e Massarollo (2011) diversos são os fatores denotados como possíveis causas da negação da doação, entretanto, alguns autores que avaliaram os motivos que dispõem ou influenciam na doação, indicam a entrevista familiar como a principal fase para dar seguimento ao processo de doação. A entrevista familiar caracteriza-se como uma reunião realizada com os familiares do potencial doador e um ou mais profissionais integrantes da equipe de captação de órgãos (OPO), outro profissional capacitado (CIHDOTT) com a finalidade de obter uma decisão favorável à doação.

Santos e Massarollo (2011) a Espanha é o país com os maiores índices de doação no mundo, que conceitua a entrevista familiar como um fator limitador para o aumento da taxa de doação. Alguns dos fatores que podem facilitar a entrevista familiar são: a assistência adequada prestada ao potencial doador e ao acolhimento dado aos familiares viabilizam a realização da entrevista; a linguagem empregada pelo entrevistador (profissionais) precisa ser clara, apropriada e honesta; a explicação de ME aos familiares, a entrevista é favorecida quando o médico do potencial doador informa e explica aos familiares sobre a evolução do quadro do paciente, desde a suspeita e no início do protocolo para confirmação de ME, durante o processo de comprovação de ME, possibilitando a família acompanhar o quadro do paciente e aceitar a irredutibilidade do quadro, preparando-se para a morte deste paciente; O ambiente em que a entrevista é realizada necessita ser silencioso, agradável e acolhedor, visando evitar barulhos do setor, que podem limitar o entendimento das informações passadas e não ser um local próximo de onde o paciente está internado para que a família no momento da entrevista não o veja. Entende-se que quando esses fatores são desempenhados de maneira adequada e humanizada durante a entrevista familiar podem resultar em um parecer positivo para a doação, mas esses mesmos fatores também podem ser dificultadores quando não realizados apropriadamente, ocasionando um parecer não favorável a doação. Segundo Cinque e Bianchi (2010) os principais estressores experiências pela família são insatisfação com o atendimento da equipe, recebimento da notícia de morte encefálica de maneira apreensiva e a demora para liberação do corpo. (Santos & Massarollo, 2011; Cinque & Bianchi, 2010)

É notável as limitantes apresentadas frente aos transplantes, principalmente no que refere-se a doação de órgãos e tecidos, que demonstraram diversos dificultadores como: questões religiosas, desejo em vida do paciente em doar, grau de escolaridade do familiar, valores éticos, aspecto estético do corpo do paciente após a cirurgia de doação, informações

passadas pelo médico e pela equipe da instituição a família, receio de irregularidades durante o processo de doação, acolhimento a família pela equipe médica da instituição.

A especificidade da Psicologia Hospitalar no Brasil é relativamente nova. Sua regulamentação deu-se pelo Conselho Federal de Psicologia somente em 2001.

A psicologia hospitalar é pautada na humanização do atendimento. Dentre suas ações, compete ao psicólogo intervir nas interferências emocionais advindas das várias relações que envolvem o adoecer e a hospitalização entre o paciente, sua família e a equipe multiprofissional, objetiva assegurar o apoio e segurança ao paciente e a família, contribuir e auxiliar os membros da equipe multiprofissional nas decisões das condutas a serem tomadas.

O modo de atuação do psicólogo no contexto hospitalar é vasto, mas sua síntese de trabalho consiste em interpretar as emoções, os sentimentos e as relações vivenciadas no ambiente hospitalar, com o intuito de proporcionar o bem-estar físico, mental e social. Como participante da equipe de unidade de transplante o psicólogo exerce sua função de forma interdisciplinar, exercendo uma atividade muito relevante na unidade de transplantes, pois sua intervenção não consiste somente na situação individual do paciente, mas em grupos, com a equipe e com a família do paciente. (Fonseca et al., 2016)

No Brasil a lei de Transplantes é baseada no modelo espanhol, mas somente após os anos 90, a elaboração de uma regulamentação única foi criada, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) em 1992 pela lei 8.489. Com a criação e regulamentação técnica do SNT formou-se as CNCDO (Central de notificação, captação e distribuição de órgãos) no âmbito hospitalar, pelos critérios determinados pela legislação efetuou-se a criação das CIHDOTT (Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos tecidos e Transplantes), posteriormente as Organizações de Procura de Órgãos e tecidos (OPO), que devem reportar-se a CNCDO, trabalhando em conjunto com as CIHDOTT. Estas regulamentações objetivam aprimorar a organização do processo de captação e distribuição de órgãos e oportunizar o aumento qualitativo e quantitativo do transplante de órgãos e tecidos.

O índice de doações em nível nacional e estadual especificamente no Rio Grande do Sul ainda se encontram muito abaixo para suprir a demanda de pacientes em fila única para transplantes. A partir disto, é iminente a urgência em aumentar o número de doações para fins de transplantes, pois ainda se apresenta como uma dificuldade a ser superada pela sociedade atual.

Portanto, entender os aspectos da aceitação e negação que implicam o processo de doação de órgãos tecidos se faz necessário. Apontou-se a recusa da família como um dos

maiores fatores decorrentes da negação da doação de órgãos de pacientes falecidos. Os fatores variam entre a recusa do entendimento e aceitação da ME, religião, desconhecimento do desejo do paciente em vida, condução da entrevista familiar para doação, falta de acolhimento à família do potencial doador, aspecto da imagem corporal do paciente após a cirurgia de doação e recusa do potencial doador em vida.

O psicólogo durante a entrevista familiar do potencial doador, trabalha as necessidades emocionais, ajuda na elaboração do luto, através do acolhimento -paciente-família e da escuta. É importante salientar que o psicólogo não deve impor a família a ser favorável a doação, mas informar sobre a possibilidade de doação, respeitando a decisão da família.

A intervenção psicológica realizada pelo psicólogo hospitalar através da entrevista familiar, acompanhamento realizado durante e após o transplante com o paciente-receptor, paciente-doador e a família, acolhimento dos familiares desde o início do processo é essencial para a possibilidade de um parecer favorável a doação de órgãos. Se faz necessário mais estudos sobre este tema, pois a pouca literatura referente ao papel do psicólogo e suas intervenções em unidades de transplantes que visem auxiliar no aumento de doações de órgãos e tecidos. Lima et al., 2017; Pinto, 2012; Torres & Lage, 2013)

MÉTODO

Este estudo tratou-se de uma revisão bibliográfica dos últimos dez anos, buscou-se em artigos, revistas e dissertações nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Online (SCIELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC). Além disto, os artigos nacionais e internacionais relevantes para revisão de literatura foram buscados nas referências dos estudos pertinentes e que contenham os critérios de inclusão para a serem utilizados no embasamento crítico desta proposta de revisão. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão nas pesquisas de 2010 a 2020, possibilidades de intervenções do psicólogo no processo de doação de órgãos e faixa etária mista.

Figura 1

1) Atuação do Psicólogo na Doação 2) Psicologia Hospitalar 3) Psicologia da Saúde e Transplantes

Possíveis intervenções do Psicólogo em favor da doação de órgãos/tecidos	Psicoterapia breve Biopsicossocial	Prevenção Terciária
Dilemas subjetivos frente a decisão Familiar	Mediador entre paciente-família-equipe	Intervenções Terciárias Doação de órgãos e tecidos âmbitos nacional e internacional
Atuação do psicólogo em Transplantes	Atendimento Humanizado Entrevista Familiar Avaliação psicológica	Processo de transplantes e doação

Lista de descritores utilizados na pesquisa de revisão bibliográfica. Fonte: GNOCATO & LEITE, 2020

RESULTADOS

O presente estudo reuniu 14 artigos e reuniu uma amostra de 268 sujeitos, sendo 160 do gênero feminino e 108 do gênero masculino, com nível de escolaridade predominante no ensino médio completo. A partir dos descritores: doação de órgãos e intervenção psicológica, psicologia hospitalar e atuação do psicólogo no processo de doação de órgãos, psicologia e doação de tecidos, entrevista familiar na doação de órgãos, morte encefálica. Os estudos foram categorizados por aspectos relevantes referentes às prováveis intervenções psicológicas no processo de doação de órgãos e tecidos que possam propiciar positivamente o favor da doação. Os tópicos foram agrupados da seguinte forma: *Possíveis intervenções psicológicas que favoreçam a doação de órgãos*- As intervenções do psicólogo como o atendimento do paciente, família e equipe de maneira individual e grupal, interconsulta, o atendimento humanizado, escuta especializada, considerar o aspecto biopsicossocial, realização da entrevista familiar de forma adequada, no processo de elaboração do luto e o cuidado e orientação ao doador quanto ao receptor e sua família são fatores essenciais e decisivos para a resposta positiva ou negativa da doação de órgãos. (Costa & Rocha 2019; Fonseca et al., 2016; Martins et al., 2016; Torres & Lage, 2013); *Atuação do psicólogo Hospitalar no processo de doação de órgãos e tecidos*- Percebe-se que a atuação do psicólogo no processo de doação de órgãos e tecidos tem influência significativa para o aumento da probabilidade de doação, quando se proporciona espaços de discussão com familiares e pacientes para abordar a temática da doação. Demonstrou-se a relevância do psicólogo ao intervir por meio do acolhimento e escuta ofertando o suporte psicológico necessário no processo de doação. Sendo de suma importância ao trabalho interdisciplinar do psicólogo no CIHDOTT (Comissão Intra Hospitalar de doação de órgãos tecidos e Transplantes), caracterizando-se como um dos possíveis fatores que contribuem para o aumento da taxa de doação de órgãos.

(Carlos & Rocha, 2019; Coelho & Silva, 2012; Cinque & Bianchi, 2010; Ladessa et al., 2015; Lima et al., 2017; Pinto, 2012); *Entrevista Familiar no processo de doação de órgãos*- A entrevista familiar caracteriza-se como um aspecto de caráter decisivo e determinante no processo de doação. Sendo um momento de extrema relevância para o processo, demandando apoio emocional e informações pertinentes passadas aos familiares, como também o conhecimento técnico e preparo emocional dos profissionais que realizarão a entrevista. São diversos os fatores que podem facilitar ou dificultar a entrevista familiar, como o ambiente onde será realizada a entrevista, as informações fornecidas aos familiares, acolhimento e apoio dados ao potencial doador e sua família, o desejo em doar manifestado em vida, preocupação dos familiares com a aparência do corpo do potencial doador, questões religiosas e éticas, recusa do entendimento e na aceitação da morte encefálica, nível de escolaridade do familiar e medo de irregularidades durante o processo de doação. (Cajado & Franco, 2016; Fonseca et al., 2016; Santos & Massarollo, 2011); *Morte encefálica*- A dificuldade de compreensão e aceitação da Morte encefálica (ME) pelos familiares do potencial doador, que consiste na interrupção de todas as funções neurológicas, mas ao ver dos familiares em decorrência do paciente apresentar características vitais como batimentos cardíacos, assim poderia continuar a vida. Bem como o acompanhamento e informações dadas pela equipe médica sobre a evolução do quadro até o diagnóstico de ME, falha na comunicação dos profissionais e família, o pouco tempo para a tomada de decisão para doação, a comunicação inadequada de ME e a linguagem de difícil compreensão (termos médicos) são apontados como prováveis causas para a recusa da doação de órgãos e tecidos. (Barnes et al., 2018; Brito & Prieb,, 2012; Torres & Lage, 2013)

Tabela 1

ARTIGOS REVISÃO DA LITERATURA			
Título do artigo	Autor(es)/Ano	Objetivos	Principais resultados
1.As possibilidades de intervenção do psicólogo em favor dos procedimentos de doação de órgãos e transplantes: um relato de experiência	MARTINS et al (2016)	Demonstrar por meio do relato de experiência do Projeto em um hospital de Minas Gerais como a intervenção psicológica grupal pode melhorar os serviços de conscientização social sobre a importância da doação de órgãos.	Efeitos de aumento da probabilidade, a longo prazo, do número de pessoas que estejam dispostas a doar. A possibilidade de falar abertamente com sua família sobre seu desejo de doar, consequentemente diminuindo o número de pessoas na fila de espera por um transplante.
2.Manifestações psicológicas de familiares com pacientes em morte encefálica.	TORRES et al (2013)	Compreender as manifestações psicológicas de familiares com paciente em Morte Encefálica (ME), identificando as possíveis intervenções psicológicas nas diferentes fases vivenciadas: notícia do quadro clínico, verificação de ME, diagnóstico de ME e processo de doação de órgãos.	Foi identificado que os familiares apresentam vivências peculiares que podem repercutir no processo de luto, a incompreensão da possibilidade e do diagnóstico da ME e dificuldade de vivência de reações de luto na abordagem para doação de órgãos. A necessidade do acompanhamento psicológico aos familiares do paciente em ME durante todo o processo.
3. Doação de órgãos e tecidos para transplantes: impasses subjetivos diante da decisão familiar	CAJADO et al (2016)	Mostrar os impasses subjetivos intervenientes em familiares e profissionais que participam do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.	Aspectos que interferem significativamente na escolha familiar sobre a doação: cultura, religião, forma de condução da entrevista familiar para doação, dificuldade de compreender a ME, dentre outros. Se identificou que o tempo para a tomada de decisão é significativo para aumentar a negativa familiar para doação.
4. Atuação do Psicólogo em transplantes: características e vicissitudes	COSTA et al (2019)	Busca explicitar as demandas para o transplante, as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que esperam por um órgão para salvar sua vida, destacando o papel do psicólogo nesse contexto.	A importância do papel do psicólogo no preparo para doação e recepção do órgão, importância da conscientização dos órgãos e manejo com a morte e o morrer.

¹Lani Gnocato Graduada em Psicologia, Pós Graduada em Psicologia Hospitalar. E-mail: lanignocato56@gmail.com

José Carlos de Carvalho Leite Doutor em Psicologia da Saúde pela University Of London (1993-1998). Professor da Universidade La Salle.

E-mail: jcdc.leite@gmail.br

<p>5. O psicólogo na comissão Intra-Hospitalar de doação de órgãos e tecidos: relato de experiência</p>	<p>LIMA et al. (2017)</p>	<p>objetivou-se descrever a experiência de uma psicóloga estagiando na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante e das suas possibilidades de intervenções nesse espaço</p>	<p>Concluiu-se que o psicólogo, como integrante da CIHDOTT, propicia o luto saudável e fornece aos outros profissionais um espaço de acolhida para suas limitações, promoção do vínculo entre paciente-equipe-família</p>
<p>6. Entrevista Familiar para doação de órgãos: conhecimentos necessários segundo coordenadores em transplantes.</p>	<p>FONSECA et al. (2016)</p>	<p>Entender a relevância atribuída a entrevista familiar dentro do processo da doação de órgãos pela equipe multidisciplinar dos coordenadores avançados em transplantes; identificar quais conhecimentos são necessários para realização da entrevista familiar</p>	<p>A entrevista familiar é considerada como decisiva e determinante para o processo da doação, representando meio educativo e de apoio emocional. A entrevista é um momento de extrema importância no processo, representando que o conhecimento técnico é relevante, mas também o preparo emocional do entrevistador.</p>
<p>7. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de órgãos e tecidos para transplantes</p>	<p>SANTOS et al (2011)</p>	<p>Compreender a percepção dos profissionais que trabalham em OPO sobre os fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos.</p>	<p>Revelaram-se fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar. Os fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar referem-se ao local da entrevista, à assistência prestada ao potencial doador e seus familiares, informações fornecidas à família e a manifestação do potencial doador em vida sobre a decisão quanto à doação de órgãos.</p>
<p>8. Reflexões sobre o Trabalho do Psicólogo no processo de doação de órgãos</p>	<p>LADES SA et al (2015)</p>	<p>Propor uma reflexão referente ao trabalho do psicólogo no processo de doação de órgãos.</p>	<p>Relevância do acolhimento familiar, acolhimento e escuta oferecendo suporte psicológico neste processo. A importância do trabalho interdisciplinar dos profissionais da Psicologia e do CIHDOTT sendo um dos possíveis fatores da alta taxa de conversão de doação neste hospital.</p>
<p>9. Fatores de Interferência no processo de doação de órgãos e tecidos: revisão da literatura</p>	<p>BRITO et al. (2012)</p>	<p>identificar quais os fatores que interferem no consentimento de familiares de potenciais doadores pós morte após constatação de morte encefálica no processo de doação de órgãos e tecidos. abordagem adequada aos familiares dos potenciais doadores e avaliar o efeito da comunicação da má notícia.</p>	<p>Os fatores de recusa no consentimento são: dificuldade de compreensão do diagnóstico de ME, o não conhecimento do desejo do falecido sobre a doação dos órgãos, a família em preservar a integridade do corpo, divergência de opiniões entre familiares a respeito da doação, pouco tempo para a tomada de decisão de doar e falha na comunicação profissional-família. São diversos os</p>

			fatores apontados como de possível recusa como os supracitados.
10. Considerações da Psicologia Hospitalar sobre a entrevista familiar na doação de órgãos e tecidos.	COELHO et al (2012)	Por meio de uma pesquisa bibliográfica verificar os aspectos psicológicos presentes no contexto da doação de órgãos e de que forma o psicólogo pode atuar no processo da abordagem familiar.	A Psicologia hospitalar tem amplas condições de oferecer suporte ao psicólogo que visa sua inserção nos serviços de captação e doação de órgãos, principalmente se a sua atuação estiver centrada no acolhimento e abordagem familiar, e nos aspectos subjetivos do processo.
11. Atuação do Psicólogo no transplante de órgãos pós-morte.	CARLOS et al (2019)	Discutir sobre as possibilidades de atuação do psicólogo no processo de doação de órgãos de doadores pós-mortem.	Foi possível notar a relevância das contribuições da psicologia para o trabalho do psicólogo no processo de doação de órgãos. Salientando a importância da atuação do psicólogo junto a equipe de saúde multiprofissional e para os familiares enlutados.
12. Situações difíceis e seu manejo na entrevista para doação de órgãos.	FONSECA et al. (2016)	Identificar os fatores e as situações representativas de situações difíceis experienciadas pelos coordenadores avançados em transplantes.	Foi identificado como fatores difíceis no momento da entrevista: ambiente, profissionais que falham na comunicação com os familiares, a assistência prestada. Manejos descritos: modo de conduta do entrevistador no processo, aspectos emocionais; que envolvem os familiares do potencial doador.
13. Transplante de órgãos: dilemas éticos	PINTO et al (2012)	Discutir as questões éticas: processo desde a indicação do paciente para transplante, comunicação aos familiares e o conflito de aceitar ou recusar o processo.	O trabalho do psicólogo na equipe é acompanhar esse caminho de retorno para a ética, o rumo daquilo que é próprio a cada sujeito. Para isto, se realiza a escuta que torna possível nomear essa experiência singular, demandando palavras para o conflito, o impasse, a dúvida e a morte.
14. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante	CINQUE E et al (2010)	Identificar os estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos, evidenciar o momento mais exaustivo do processo e verificar a associação de variáveis com a experiência vivenciada pelos familiares.	Estressores identificados foram: insatisfação com o atendimento (31,25%); receber a notícia da morte encefálica de forma intranquila (62,50%); e a demora para a liberação do corpo (62,50%), sendo este o momento mais exaustiva do processo.

Disposição dos artigos selecionados e examinados sobre a temática das intervenções psicológicas que favorecem e dificultam a doação de órgãos. Fonte: GNOCATO & LEITE, 2020.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo verificar evidências da efetividade das intervenções psicológicas para desenvolver conhecimentos coincidentes para uma conduta positiva em relação a doação de órgãos e tecidos em adultos, transcorrendo o sistema de transplante no Brasil, o sistema de doação de órgãos e as possibilidades de trabalho do psicólogo em unidades de transplantes. Segundo Costa e Rocha (2019) o psicólogo exerce sua função de grande relevância nas unidades de transplantes, pois intervém de forma interdisciplinar realizando um trabalho em unidade com outros profissionais médicos, dentre outros. É ressaltado ainda os fatores limitantes referente doação de órgãos e tecidos que se apresentam como dificultadores para uma atitude positiva a doação, sendo elas: valores éticos e morais, questões culturais e religiosas. Coelho e Silva (2012) corrobora com Costa e Rocha (2019) e cita outros aspectos significativos que influenciam na decisão positiva ou negativa a doação de órgãos e tecidos que caracterizam-se por fatores como: religião, o desejo manifestado em vida pelo potencial doador, nível de escolaridade dos familiares, prováveis irregularidades no processo de doação, a interferência na questão estética do corpo, a relação entre família-equipe, bem como as informações passadas pela equipe médica a família. Martins et al (2016) salienta que a conscientização e a sensibilização social para a doação de órgãos e transplantes frente a ofertar informações sobre as possíveis formas de atuação do psicólogo na cadeia de doação de órgãos podem favorecer positivamente a doação. A “cadeia de doação” caracteriza-se em três níveis de atuação que são: 1- Extirpação (acontece posteriormente a autorização para remoção do(s) Órgão(s)); 2- Transplante; 3- Cuidados. É citado os fatores que se apresentam como dúvidas sobre o processo de doação que podem resultar em uma negativa para a doação que são: não compreensão de morte encefálica e a descaracterização da aparência corporal do paciente doador. Cajado e Franco (2016) enfatiza a negação da família como um dos principais motivos da recusa à doação de órgãos e tecidos, abordando a inadequação na realização da entrevista familiar como uma das causas da negativa à doação. Ladessa et al. (2015) ressalta que o psicólogo participante da entrevista familiar através do acolhimento e escuta atende as necessidades emocionais da família, na elaboração do luto, permanecendo no caso de uma resposta positiva a doação desde a internação do potencial doador até a entrega do corpo a família. Santos e Massarollo (2011)

ratifica a entrevista familiar como a principal etapa para dar continuidade ao processo de doação. Que o ambiente adequado para realização da entrevista, a linguagem utilizada pelo entrevistador(a), o esclarecimento ME aos familiares, a assistência oferecida ao possível doador e o acolhimento concedido à família, quando exercidos de forma adequada e humanizada podem suceder no resultado favorável a doação.

Barnes et al. (2018) reforça que a equipe médica durante o processo de constatação de ME, necessita ofertar uma comunicação de qualidade que inclui informações adequadas e compreensíveis com empatia e apoio. Além de que, por mais que a família recuse a doação, não pode se sentir deixado pela equipe ou não ter mais atenção, pois pode resultar em um sentimento de inutilidade. O estudo apresentou que o não entendimento de morte encefálica pelos familiares revelaram elevada prevalência de sintomas significativos de luto complicado após 9 meses da morte do paciente e fator decorrente da recusa à doação. Tendo em vista que no país onde o estudo de Barnes et al. (2018) foi realizado, o consentimento para doação de órgãos é opt-out (consiste na doação presumida que considera doador de órgãos todo o cidadão que não tiver registrado em documento público sua vontade de não ser doador), contrapondo-se ao sistema de consentimento para doação vigente no Brasil desde 1998 com a Lei 9.434 que alterou de Opt-out para Opt in (doação com consentimento informado). Demonstrando que em ambos os sistemas de consentimento para doação o suporte oferecido pela equipe multiprofissional e a não compreensão de morte encefálica se fazem limitadores que aumentam a recusa à doação pelos familiares. (Rosensvald, 2017)

A partir destes descritos discutidos no decorrer do presente estudo, se apresentaram diversas possibilidades de intervenções psicológicas que o psicólogo participante do processo de doação de órgãos desempenha com o potencial doador-receptor, com a família, desde a internação até a devolução do corpo (doador efetivo) e com a equipe médica são pontos que podem favorecer como tornar-se impedidores para uma resposta positiva a doação, bem como os fatores que influenciam significativamente para a recusa e no favorecimento da doação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encontrou-se como limitador do presente artigo a escassez de literatura recente referente a temática entre a psicologia, doação de órgãos e tecidos e as possíveis intervenções do psicólogo neste contexto. Ratificando a necessidade de mais estudos na área pelos

profissionais atuantes deste processo, pois é notável a pertinência do psicólogo nas mais diversas fases que envolvem o transplante e a doação de órgãos.

No que se refere ao exercício e as intervenções do psicólogo no ambiente hospitalar, mais especificamente no contexto dos transplantes, verifica-se o quão significativo e determinante o modo em que o processo de doação se sucede, constitui-se como um fator que interfere diretamente em uma resposta positiva, mas também negativa a doação. Sendo atestado a importância de todos os profissionais que integram as unidades de transplantes, das equipes de procura de órgãos, das CIHDOTs, atuem de maneira adequada, humanizada, informando e acolhendo tanto o paciente potencial doador-paciente receptor e a família, independente da sua decisão a doação. Constata-se a necessidade do psicólogo neste processo, bem como no cenário hospitalar em geral, visto que há poucos profissionais na área.

A partir dos achados deste estudo, identifica-se a inevitabilidade de mais pesquisas nesta temática, a fim de evidenciar posteriores possibilidades de interferências do psicólogo no processo de doação, na promoção de mais literatura recente, a posteriori na instigação de futuros psicólogos a conhecer esta relevante área da psicologia, contribuindo notavelmente para a ciência e sociedade.

REFERÊNCIAS

- [1] Martins, E. O., Valente, H. S., & Calais, L. B. (2016, jul./dez). As possibilidades de intervenção do psicólogo em favor dos procedimentos de doação de órgãos e transplantes: um relato de experiência. *Revista Pesquisa e Práticas Psicossociais*, 11(2), 464-472. Recuperado de http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/1760
- [2] Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos-ABTO. (2019, jan/set.). Dados Numéricos da Doação de Órgãos e Transplantes Realizados por Estado e Instituição no Período: Janeiro/Setembro-2019. Ano 15, n.3. São Paulo. Recuperado de <https://site.abto.org.br/publicacao/ano-xxv-num-3-jan-set-de-2019/>
- [3] Costa, E. & Rocha, F. (2019, outubro, 23). Atuação do Psicólogo em Transplantes: características e vicissitudes. *Revista Mosaico*, 10(1), 1-7. Recuperado de <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1792>
- [4] Conselho Federal de Psicologia. (2001). Resolução 02/01 altera e regulamenta a Resolução CFP n. 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o registro nos Conselhos Regionais. Brasília. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf
- [5] Coelho, C. B., & Silva, D. S. (2012, out/dez). Considerações da Psicologia Hospitalar sobre a Entrevista Familiar na Doação de Órgãos e Tecidos. *Jornal Brasileiro de Transplantes*. 15(4), 1703-1708. Recuperado de <https://site.abto.org.br/publicacao/vol-15-numero-4/>
- [6] Cajado, M. C.V., & Franco, A. L. S. (2017, setembro, 17). Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: impasses subjetivos diante da decisão familiar. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 40(2). Bahia. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n2.a2164>
- [7] Agência Brasil-EBC. (2020, fev). Agência Brasil Explica: como é o transplante de órgãos no Brasil. Recuperado de <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-02/agencia-brasil-explica-como-e-o-transplante-de-orgaos-no-brasil>
- [8] Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos-ABTO. (2020). Entendendo a Morte Encefálica. São Paulo. Recuperado de <https://site.abto.org.br/blog/entendendo-a-morte-encefalica/entendendo-a-morte-encefalica/>
- [9] Carlos, P. M., & Rocha, F. N. (2019, dezembro, 11). Atuação do Psicólogo no Transplante de Órgãos Pós-morte. *Revista Mosaico*, 10 (2). doi:<https://doi.org/10.21727/rm.v10i2.17866>
- [10] Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. (1997). Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm
- [11] Lei n. 211, de 23 de março de 2001. (2001). Altera dispositivos da lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110211.htm
- [12] Portaria n. 1.752, de 23 de setembro de 2005. (2005). Determina a constituição de comissão intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1752_23_09_2005.html
- [13] Portaria n. 2600, de 21 de outubro de 2009. (2009) Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html
- [14] Santos, M. J., & Massarollo, M. C. (2011, setembro, 23). Fatores que Facilitam e Dificultam a Entrevista Familiar no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. *Ver. Acta*

- Paulista de Enfermagem, 24 (4), 472-478. São Paulo. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000400005>
- [15] Ladessa, L. E. C. L., Silva, S. C., & Oliveira, P. C. (2015, janeiro). Reflexões sobre o trabalho do Psicólogo no Processo de Doação de Órgãos. *Anais do V Jornada de Psicologia no Hospital Municipal do Campo Limpo [Blucher Medical Proceedings]*, 1(6), 22-25. São Paulo. Recuperado de <https://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/reflexes-sobre-o-trabalho-do-psicologo-no-processo-de-doa-de-rgos-13951>
- [16] Conselho Federal de Medicina. (1991). Resolução CFM n. 1.346, de 8 de agosto de 1991. Brasília. Recuperado de https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1991/1346_1991.pdf
- [17] Lima, A. M., Ribeiro, S. K. M., Ferreira, M. J. M., & Mesquita, C. R. S. (2017, jan./jun). O psicólogo na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos: relato de experiência. *Psicol. hosp.*, 15 (1). São Paulo. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100002
- [18] Cinque, V. M., & Bianchi, E. R. F. (2010, dezembro). Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev. esc. enferm*, 44(4). São Paulo. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400020>
- [19] Fonseca, P., Tavares, C., Silva, T., & Nascimento, V. (2016, outubro). Situações difíceis e seu manejo na entrevista para doação de órgãos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Vol.4, pp. 69-76. doi: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0144>
- [20] Pinto, S.E. (2012, jan./mar). Transplante de órgãos: dilemas éticos. *Revista O Mundo da Saúde*, São Paulo, 36(1), 111-115. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-36682>
- [21] Torres, J. C., & Lage, A. M. V. (2013, jan/jun). Manifestações psicológicas de familiares com pacientes em morte encefálica. *Revista de Psicologia*. 4 (1), 38-51. Fortaleza. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/789>
- [22] Brito, L. D., & Prieb, R. G. (2012, abr/jun). Fatores de Interferência no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Transplantes*, 15 (2), 1651-1690. São Paulo. Recuperado de <https://site.abto.org.br/publicacao/vol-15-numero-2/>
- [23] Barnes et al. (2018, march, 19). Grief Symptoms in Relatives Who Experienced Organ Donation Requestes in the ICU. *American Journal Of Respiratory and Critical Care Medicine*, 198 (6rd ed). <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201709-1899OC>
- [24] Rosenvald, N. (2017, fevereiro, 2). Os 20 anos da lei de transplante de órgãos: “opt in” ou “opt out”. Recuperado de <https://www.nelsonrosenvald.info/single-post/2017/02/02/os-20-anos-da-lei-de-transplante-de-%C3%B3rg%C3%A3os-opt-in-ou-opt-out>

CIÚME PATOLÓGICO: condições biopsicossociais e a efetividade do uso da terapia cognitivo-comportamental como tratamento ¹

Amanda Feliciano Radde ²

Dionéia Luciane Mendes ³

Resumo: O ciúme patológico é uma condição solidamente atrelada à maneira de ser: a pessoa é ciumenta independentemente do objeto de ciúme (BALLONE, 2010). É frequentemente associado, na literatura, como uma das principais causas da violência contra a mulher cometida por seus parceiros. O objetivo do presente estudo foi identificar condições biopsicossociais para o desenvolvimento do ciúme patológico e verificar a efetividade das estratégias de tratamento em terapia cognitivo comportamental (TCC) para estes casos. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, tendo busca conduzida com as bases de dados Google Acadêmico, SciELO e PePSIC-BVS e livros acerca do tema. Os estudos apontaram que o ciúme patológico é derivado de crenças centrais desadaptativas (CCDs), tendo como condições de risco a insegurança e baixa autoestima, que são distorções cognitivas geradas pelas CCDs, e comprovaram a eficácia da TCC como tratamento, tendo resultados ainda mais satisfatórios quando unida de tratamento farmacológico. Salienta-se a importância de existirem mais estudos com a temática, especialmente no que se refere ao tratamento, a fim de possibilitar aos profissionais da Psicologia embasamento teórico para suas práticas clínicas.

Palavras-chave: Ciúme patológico. Terapia cognitivo-comportamental. Tratamento. Efetividade.

Abstract

Pathological jealousy is a condition closely linked to the way of being: the person is jealous regardless of the object of jealousy (BALLONE, 2010). It is often associated in literature as one of the main causes of violence against women committed by their partners. The aim of the present study was to identify biopsychosocial conditions for the development of pathological jealousy and to verify the effectiveness of treatment strategies in Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for these cases. This is a systematic literature review, with searches conducted through Google Scholar, SciELO and PePSIC-BVS databases and books on the subject.

Studies have shown that pathological jealousy is derived from central maladaptive beliefs (CMBs), with risk conditions being insecurity and low self-esteem, which are cognitive distortions generated by CMBs, and have proven the effectiveness of CBT as a treatment, with even more satisfactory results when combined with pharmacological treatment. The importance of having more studies with the theme is emphasized, especially when it comes to treatment, in order to provide psychology professionals a theoretical basis for their clinical practices.

Keywords: Pathological jealousy. Cognitive behavioral therapy. Treatment. Effectiveness.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

² Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC). ³ Mestre em Psicologia, Orientadora, Docente do curso de Bacharel em Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

1 INTRODUÇÃO

A origem da palavra ciúme deriva do termo grego “zelus”, em latim “zelumen” (SANTOS, 2011), ou seja, no português, usamos como sinônimo a palavra “zelo”, que significa “grande cuidado e preocupação que se dedica a alguém ou algo”. Torna-se interessante pensar nisso a partir do momento em que existem essas diferenças de níveis de ciúme, já que a ausência dele pode demonstrar falta de afeto, a existência em nível normal uma prova de amor e cuidado, e em nível patológico um exagero que é capaz de causar homicídios e/ou suicídios.

No dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, como definição para a palavra amor encontraremos: “afeição viva por alguém ou alguma coisa. Sentimento apaixonado por outra pessoa” (HOUAISS, 2014, p. 57); e, para a palavra ciúme: “Sentimento causado pelo receio de perder o afeto de alguém para outrem”

(HOUAISS, 2014, p. 162). Sempre associado ao sentimento de amor, seja ele maternal/paternal, fraternal, entre amigos ou relação amorosa, o ciúme não nos é desconhecido (sendo a esfera amorosa dominante nessa questão). A grande maioria das pessoas, vez ou outra, no decorrer da vida, é acometida por esta sensação, porém, a intensidade com que a sentimos, como lidamos com ela e o que resulta em comportamento é o que define entre os níveis aceitáveis/normais dos patológicos.

Muitas curiosidades e preocupações são geradas quando comportamentos diferentes do normal são observados no momento em que as pessoas estão enciumadas, revelando traços da personalidade dos sujeitos que inicialmente não são conhecidos e que podem se tornar perigosos.

Ballone (2010) cita em seu texto que nos consultórios de psicologia existem incontáveis casos de sofrimento prolongado e silencioso causado pelo ciúme, muitas vezes deixando impotentes as pessoas envolvidas nessa questão; o autor enfatiza que esse tema atinge um número maior de pessoas que outros transtornos mentais como TOC e esquizofrenia, por exemplo. A incidência do ciúme patológico é obscura, uma vez que suas vítimas costumam ocultar com muito empenho esse tipo de problema, seja por constrangimento ou vergonha, seja para se defender de críticas externas. Devido a isso, muitas vezes o ciúme é inacessível à observação pública direta (SANTOS; CAVALCANTE; SILVA, 2015).

O ciúme frequentemente é associado, na literatura, como uma das principais causas da violência contra a mulher cometida por seus parceiros. A violência contra a mulher, segundo a World Health Organization (WHO) (World Health Organization, 2005 apud LACERDA e COSTA, 2013), constitui um problema de saúde pública e uma violação aos direitos humanos,

atingindo mulheres do mundo todo (LACERDA e COSTA, 2013). Para os autores, o ciúme patológico pode causar atos de violência que resultem em sofrimentos e danos físicos, sexuais e psicológicos, inclusive ameaças de tais atos, coerção e privação da liberdade seja na vida pública ou privada, seja em qualquer configuração de relacionamento e não somente em casais heterossexuais com a vítima sendo do sexo feminino. Quando o ciúme for caracterizado como patológico deverá receber uma atenção especial, com o propósito de contribuir para atuação de profissionais da saúde no tratamento desta patologia, buscando evitar negativas consequências, como a violência contra os parceiros que acarreta também em mortes (PINTO, 2013).

É útil conhecer mais profundamente o ciúme patológico, uma vez que a aflição causada por ele não atinge apenas o paciente psiquiátrico, mas muitas outras pessoas que acabam sofrendo até mais que ele próprio (BALLONE, 2010). Por isso, essa é uma temática que deve ser amplamente discutida e pesquisada, a fim de possibilitar aos profissionais da Psicologia literatura para embasamento teórico de suas práticas clínicas tendo em vista que esse é um fator desencadeante de relações abusivas; embora exista material sobre o assunto, pouquíssimos deles são recentes. O presente estudo teve como objetivo identificar condições biopsicossociais para o desenvolvimento do ciúme patológico e verificar, em revisão sistemática de literatura, a efetividade das estratégias de tratamento em terapia cognitivo-comportamental (TCC) para estes casos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Ciúme na história

Segundo Baroncelli (2011), a manifestação de ciúme, sua aceitação social e a própria experiência do ciúme nos relacionamentos amorosos foi mudando ao longo dos anos, sendo sempre marcado pelas especificidades de cada contexto sociocultural em relação à fidelidade. Na pré-história, por exemplo, o ciúme seria algo irrelevante e teria pouco sentido. Na idade antiga, os hebreus foram os primeiros povos nos quais foram percebidas manifestações de ciúme, de forma a cercar os seres amados como se fossem divindades (ALMEIDA e LOURENÇO, 2011). Esses autores seguem destacando que já na idade média, quando se iniciou o período em que todo casamento deveria ter uma cerimônia religiosa e deveria ser monogâmico, livre de separações ou segundo casamento, o ciúme passou a ter relação direta com a infidelidade, na qual mulheres adúlteras sofriam retaliações cruéis. Na época do renascimento e idade moderna, o amor passou a ser, aos poucos, condição desejável e necessária para o casamento, embora o que vigorava ainda eram os casamentos arranjados. O

ciúme continuava sendo rival da infidelidade, então, continuava sendo algo justificável e defensável diante da época.

Na idade contemporânea existe uma nova condição do relacionamento a dois: com a maior liberdade possível, pessoas escolhem com quem irão se envolver amorosamente, definem a forma do relacionamento, sua manutenção ou dissolução (BARONCELLI, 2011). Diante disso, e da autonomia que cada ser possui dentro dos tempos atuais, na união entre parceiros deve existir confiança mútua, que envolva dedicação, compromisso e saúde psicológica de ambos os parceiros.

Num mundo tão aberto em que a continuidade do relacionamento amoroso é somente uma possibilidade dentre outras, a desconfiança do ciumento pode ser uma estratégia de esquiva diante da ansiedade despertada por um mundo lançado ao arriscado reino da opção. (BARONCELLI, 2011, p. 167)

O indivíduo pode não saber utilizar a liberdade na qual possui (BARONCELLI, 2011), causando insegurança e, conseqüentemente, ciúme, ao outro parceiro diante das possibilidades que o mundo, hoje, oferece.

A pessoa ciumenta apresenta na sua personalidade traços marcantes de timidez e sentimento de insegurança, problemas que costumam ter raízes na infância (PINTO, 2013). O ciúme tem duas raízes onde as noções de eu e outro se esboçam pela primeira vez, e na diferenciação desses estão implicadas angústias no tom primitivo das cenas de ciúmes; diferenciar-se do tudo implica em angústias de separação, de perda e de despedaçamento que precedem a vivência do corpo como unidade (RIOS, 2013).

Para Gomes, Amboni e Almeida (2011), ciúme é um sentimento que produz angústia e que pode atingir formas doentias e abalar a saúde física e mental dos envolvidos direta ou indiretamente com ele; as causas dos ciúmes dependeriam da personalidade de cada pessoa. O ciúme representa em sua essência uma identificação mental. O ciumento, em sua demanda de ser único e insubstituível, reivindica o todo, numa posição imaginária de possível totalização, vivendo sob ameaça permanente de uma despossessão, tendendo para o narcisismo total e absoluto, sem falha (RIOS, 2013).

Homens e mulheres são igualmente ciumentos e os evocadores de ciúme são semelhantes. Para os homens o fator provocador de mais ciúme é o ato sexual de sua parceira com um terceiro, enquanto para as mulheres seria o envolvimento amoroso do parceiro com uma terceira. Para pessoas com maior idade, a importância atribuída ao ciúme é a causadora de separações e empecilho nos relacionamentos amorosos, enquanto para os mais jovens o

sentimento é visto como o medo da perda, e também com uma conotação de afetividade, satisfazendo-se com manifestações ciumentas do parceiro (GOMES, AMBONI e ALMEIDA, 2011).

2.2 Ciúme normal e ciúme patológico

O ciúme se faz presente em todas as relações de casais, e tanto a sua ausência quanto a sua intensidade aumentada são um problema (MALLMANN, 2015). A presença de ciúme é saudável nas relações amorosas quando a sua intensidade é proporcional ao risco que a situação traz para o seu relacionamento (GOMES, AMBONI e ALMEIDA, 2011).

O ciúme é uma reação frente a uma ameaça percebida e, posteriormente, a percepção de haver um rival real ou imaginário, visando sempre eliminar ou diminuir os riscos da perda da pessoa amada (GOMES, AMBONI e ALMEIDA, 2011). De acordo com Lacerda e Costa (2013), existem categorias para definições dos ciúmes: como doença ou psicopatologia, como posse, como resposta saudável, como medo de traição, como sinônimo de inveja, como falta de autoconfiança e como desconfiança.

O ciúme é destacado como tendo dois níveis: o normal e o patológico. O ciúme normal seria uma demonstração de carinho, de afeto, essencial para um bom relacionamento a dois, pois mostraria que o outro se importa, que têm receio da separação. A principal diferença entre normal e patológico, além, obviamente, de sua intensidade, seria a fundamentação. Considera-se normal o ciúme de forma aceitável, adaptativa e justificável quando é baseado em fatos, e patológico quando baseado em suposições constantes, equivocadas e desadaptativas ao se presumir a infidelidade, quando esta não está acontecendo, ou delírios a respeito do comportamento do (a) parceiro (a) se engajar em atitudes relacionadas à infidelidade (GOMES, AMBONI & ALMEIDA, 2011). Lacerda e Costa (2013) concordam que seria normal o ciúme que ocorre em uma situação real de competição, e patológico aquele que ocorre em uma situação imaginária.

O ciúme, no geral, é o medo de deixar de representar para a outra pessoa aquilo que se deseja representar. O ciúme normal, além de ser esporádico e transitório, é ativado por gatilhos realísticos, baseados em fatos concretos e com reações condizentes com a situação vivenciada. Normal é o ciúme que não faz sofrer, mas que tem a intenção de perpetuar o vínculo com seu objeto de amor (BALLONE, 2010).

No ciúme patológico, o ciumento afirma que a fala mente, que a mentira se abriga na fala, pois para ele não existe verdade acessível e mesmo assim ele quer saber, mesmo que seja

contra a verdade; há uma verificação de que nenhuma prova jamais o poderá satisfazer, sendo que encontrar o que ele busca não o acalmaria (RIOS, 2013). É possível ainda desdobrar esse quadro observando que: o indivíduo se sente constantemente ameaçado, angustiado, tenso, inquieto, desconfiado sem justificativas, com raiva, inseguro em relação a si e ao outro e frequentemente com baixa autoestima. A pessoa excessivamente ciumenta não consegue manter uma relação de objetividade com os fatos, sendo estes interpretados de forma favorável à suas suspeitas (GOMES, AMBONI & AMEIDA, 2011). Nesses casos, acreditam até que a falta de provas seja por conta da tamanha esperteza do outro que conseguiu esconder o que, na realidade, só existe no imaginário do ciumento. Todos os teóricos analisados concordaram que as características observáveis dos indivíduos que sofrem com o ciúme patológico passam por perturbações, pensamentos irracionais e ideias obsessivas, que podem variar de intensidade, conforme outros fatores relevantes e singulares de cada sujeito.

Diante disso, devemos levar em consideração que o ciúme patológico, quando no seu extremo, é capaz de fazer pessoas apresentarem traços de personalidade fora do que normalmente é visto. É esse o ciúme perigoso, que leva a diversos tipos de sofrimentos tanto do ciumento, quanto do parceiro, e também a crimes passionais. Algumas formas de apresentação de ciúme foram destacadas no escrito de Lacerda e Costa (2013): acusar envolvimento com outras pessoas, sem provas concretas da veracidade disso; agredir fisicamente o parceiro; agredir os filhos como forma de punição ao cônjuge; agredir o rival; agredir verbalmente o outro; coagir e/ou ameaçar; considerar o outro como prioridade; privar de liberdade/proibir; e destruir bens do parceiro. É necessário que existam medidas de prevenção que busquem diminuir o controle social no que se refere à valorização do comportamento emocional ciumento nas relações, pois até hoje temos isso como sinônimo de amor.

2.3 Condições biopsicossociais e tratamento

Conforme Pinto (2013), o primeiro passo do tratamento é compreendido pelo paciente admitir o problema e, se já não estiver em terapia, procurar ajuda. É necessário admitir para si que o monstro existe. O objetivo principal do tratamento psicológico não está focado na eliminação de sentimentos, mas no equilíbrio deles e na administração dos excessos emocionais, controlando sua força e sua duração e conduzindo as pessoas a lidar com emoções e sentimentos proporcionais às circunstâncias; visa tornar o paciente consciente de seu processo de pensamentos e, conseqüentemente, sentimentos, fazendo com que este aja para

mudá-los quando necessário, o que é indispensável para o controle dos impulsos gerado pelo ciúme (BALLONE, 2010).

Os profissionais de saúde mental, quando procurados, devem ter ciência acerca do contexto e dos aspectos envolvidos na relação conjugal do paciente (PINTO, 2013), bem como estar preparados para avaliar o estado afetivo das pessoas, referindo-se a uma reação frente a um acontecimento da vida ou ligado à personalidade, sabendo diferenciar se esta está com um ciúme não normal ou se a pessoa é ciumenta. Para firmar o diagnóstico de ciúme patológico, além da verificação da natureza do ciúme, é fundamental considerar o grau de sofrimento gerado por ele e o comprometimento nas questões laborais, relacionais, de lazer e de sociabilidade (BALLONE, 2010).

Ballone também traz em seu livro que a partir da década de 1990 iniciaram-se as pesquisas que apontavam a efetividade e a indicação da terapia cognitivo comportamental para o tratamento desse problema, tendo em vista que nele estão presentes distorções cognitivas, alterações afetivas e comportamentais. É preferível que a primeira intervenção seja agir no gatilho que originou a crise de ciúme. Com técnicas cognitivas, o terapeuta atua junto do paciente na reavaliação dos pensamentos que o gatilho determinou. Já as técnicas comportamentais disciplinam as atitudes perante a situação geradora de ciúme.

O ciúme patológico é derivado de crenças centrais desadaptativas. Essas crenças são desenvolvidas desde a infância, sendo que normalmente pessoas adultas não têm consciência delas. Elas se tornam aparentes após a presença de gatilhos. No caso dos ciumentos, encontram-se as crenças disfuncionais ou desadaptativas como parte do desenvolvimento da personalidade. Por ser algo extremamente enraizado no psicológico do ser humano, as crenças centrais disfuncionais dificilmente perdem seu poder sobre a pessoa sem um tratamento psicológico adequado, tendo a TCC como padrão ouro (BALLONE, 2010). As crenças centrais são compreensões acerca de si, do outro e do mundo/futuro, tão fundamentais e profundas que não costumam ser articuladas nem para si mesmo (BECK, 2013).

O afastamento da realidade, do bom senso e da razão ocorre porque o ser humano costuma ser mais servo do que senhor de suas crenças e, conseqüentemente, de suas emoções. Em função disso, os pensamentos ou imagens irracionais de ciúme, os pensamentos automáticos, são involuntários e sem vontade consciente. Para que seja possível a alteração das crenças centrais do paciente, o foco da terapia são esses pensamentos automáticos que atormentam e produzem sofrimento na pessoa ciumenta, pressupondo que eles se originam dessas crenças sobre ele mesmo ou sobre relacionamentos em geral; além disso, focará nos

comportamentos de inspeção e vigilância, que são contínuos. Um contribuinte que reforça as crenças de abandono, traição e perda são as vivências traumáticas da separação não desejadas, que geram mágoas. A pessoa traída, por exemplo, pode desenvolver crenças que a tornem ciumenta, desconfiada, o que pode vir a prejudicar relacionamentos futuros, sejam eles amorosos ou de qualquer espécie (BALLONE, 2010).

Um ponto importante a ser avaliado é a autoestima do paciente, considerando que quando esta se encontra rebaixada, as dificuldades para tomada de decisões aumentam tanto quanto diminuem a criatividade e as iniciativas frente a problemas, tornando as pessoas atrapalhadas, apáticas e sem autoconfiança. Deve-se, então, reforçar a autoestima e valorizar a autoimagem da pessoa ciumenta, melhorando sua confiança diante de si e dos outros. Esse procedimento deve envolver a família e amigos, já que a existência de apoio emocional é imprescindível (PINTO, 2013). Os sintomas físicos oriundos dessa patologia também devem ser tratados, tendo em vista que gera uma inquietude no sistema nervoso, alterando os níveis hormonais como o de adrenalina, e a liberação de neurotransmissores como principalmente a serotonina, podendo ocasionar também em diversas doenças psicossomáticas (PINTO, 2013). As alterações bioquímicas geradas pelo ciúme não normal estão relacionadas a baixos níveis de serotonina em comparação à população com ciúme normal, sendo essa alteração bastante semelhante à que acontece com o neurotransmissor nos portadores de TOC. A falta de liberação do neurotransmissor citado pode resultar em carência de emoção racional, além de irritabilidade e sentimento de desvalia, choro em excesso, insônia. É algo significativo se considerarmos que os níveis de serotonina determinam se a pessoa está alegre ou deprimida, tendente à violência ou moderada, com raiva ou com calma, impulsiva ou prudente (BALLONE, 2010).

Ballone (2010) segue destacando que, além da psicoterapia individual com viés cognitivo-comportamental, o controle do ciúme patológico deverá ser realizado também por meio do uso de medicamentos, pois alimentando-se de si próprio o ciúme pode chegar a proporções perigosas. Nos casos de ciúme patológico a psicoterapia tem resultados muito mais satisfatórios quando unida do uso de medicamentos do que quando usada como tratamento único e vice-versa, sendo mais eficaz se ambos tratamentos forem adotados conjuntamente. Os pacientes costumam alegar que não necessitam de antidepressivos pois não se sentem deprimidos, mas essa recusa existe porque, primeiro, a depressão tem um conceito cultural solidamente associado à tristeza e, como nem sempre as pessoas ciumentas se sentem tristes, acabam recusando o uso de antidepressivos; outro fator importante para a recusa é o

preconceito contra o uso de medicamentos psiquiátricos. Anti-impulsivos (estabilizadores de humor) também são importantes para ajustar a autoestima do paciente e garantir maiores resultados positivos no tratamento. Embora o tratamento com antidepressivos apresenta efeitos a partir de 4 a 6 semanas, tendo como ponto ideal 12 semanas, os sintomas podem voltar se não prolongado por mais tempo, nunca podendo ser inferior a 1 ano e sempre associado a psicoterapia. Entre os antidepressivos utilizados para estes casos, a melhor indicação são os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, entre os quais a sertralina, a paroxetina, o citalopram e a própria fluoxetina por apresentarem melhores resultados. Por existirem variações individuais de resposta aos medicamentos, pode-se optar por antidepressivos de dupla ação, como por exemplo a venlafaxina e a duloxetina para os casos mais resistentes.

Quando existem crises agudas de ciúme e quando estas têm sintomas autossômicos (palpitação, sudorese, tremores, irritabilidade e impulsividade importantes), pode-se associar ao antidepressivo um ansiolítico, geralmente um benzodiazepínico como alprazolam, bromazepam, lorazepam e diazepam. Quando se opta por seu uso regular, ele deve ter absorção lenta e usado pela manhã. Existe também a opção do uso intermitente de ansiolítico, nos momentos de crise aguda de ciúme; nessas situações, sugere-se preferir um benzodiazepínico de absorção rápida e em doses pequenas. Depois de constatada a melhora e com o tempo de uso dos antidepressivos, os ansiolíticos podem ser suspensos.

Especificamente em casos de ciúme patológico do tipo delirante, Ballone (2010) salienta que as psicoterapias não se mostram eficazes pois o delírio é uma alteração tão grave do pensamento que torna impossível sua correção por meio da argumentação. O tratamento recomendado é farmacológico com neurolépticos (pimozida, risperidona, olanzapina, aripiprazol, quetiapina, entre outros) associados com antidepressivos, preferencialmente a amitriptilina.

De forma resumida, o tratamento mais indicado e eficaz para casos de ciúme patológicos é a TCC, trabalhando em cima dos pensamentos e comportamentos que acompanham o ciúme não normal, enquanto o uso de medicamentos atuará de forma fisiológica na autoestima rebaixada, no controle dos impulsos, nas oscilações de humor, na tendência obsessiva e nos delírios. É preciso entender o próprio funcionamento para buscar sempre reconhecer suas emoções e questioná-las quando estas surgirem frente a determinadas situações geradoras de ciúme (BALLONE, 2010).

3 MÉTODO

O presente estudo se constituiu de uma pesquisa qualitativa do tipo revisão sistemática de literatura acerca do fenômeno do ciúme patológico e seguiu basicamente sete passos: 1) formulação da pergunta; 2) localização e seleção dos estudos relevantes; 3) avaliação crítica dos estudos; 4) coleta de dados; 5) análise e apresentação dos dados encontrados; 6) interpretação dos dados e 7) aprimoramento e seguimento da revisão.

3.1 Estratégia de busca

As bases de dados utilizadas na busca bibliográfica foram: Google Acadêmico, SciELO e PePSIC-BVS. Além disso, foram procurados livros sobre a temática e artigos relevantes para a revisão nas referências dos estudos que fecharam critérios para a inclusão na revisão.

Os “termos-chave” da busca foram: (1) ciúme; (2) terapia cognitivo comportamental; (3) ciúme patológico e (4) amor. Criou-se uma lista de descritores para cada termo (ver Quadro 1) e a busca final foi feita com uma intersecção entre as listas.

Quadro 1 – Listas de descritores

1. Ciúme	2. Terapia cognitivo comportamental	3. Ciúme patológico	4. Amor
Ciúme Manifestações de Ciúme Ciúme romântico Inveja Ciúme normal Egoísmo Comportamento Emocional	Terapia cognitivo Comportamental Análise do Comportamento Psicoterapia cognitiva Terapia cognitiva Terapia Comportamental	Ciúme patológico Violência contra a Mulher Contexto Contemporâneo	Amor Relacionamento Amoroso Sentimento Relacionamento Homem-mulher Relacionamento Interpessoal Relacionamento Conjugal

Fonte: Autoria própria, 2020.

3.2 Seleção dos estudos

Os resumos de todos os artigos encontrados na primeira busca foram lidos e analisados sobre a inclusão ou não do artigo na revisão. Casos em que o resumo não tornou possível as análises foram avaliadas a partir da leitura de seus textos completos.

3.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos nesta revisão estudos obedecendo aos seguintes critérios: a) pesquisas do tipo qualitativas; b) artigos e livros acessados na íntegra; c) estudos abordando o entendimento, as condições biopsicossociais e/ou tratamento de casos de ciúme patológico; d) artigos publicados a partir de 2010; e) publicações em português.

3.2.2 Critérios de exclusão

Foram descartados os materiais que não obedecessem aos critérios de inclusão, sendo excluídos, portanto: a) pesquisas quantitativas; b) estudos que não abordam o entendimento; as condições biopsicossociais e/ou o tratamento de casos de ciúme patológico; c) artigos publicados antes de 2010; d) publicações em línguas estrangeiras.

3.3 Coleta e análise de dados

Após a definição dos estudos a serem utilizados na revisão, foram realizados a leitura, a avaliação da qualidade metodológica, o resumo e a coleta de dados relevantes dos artigos selecionados.

4 RESULTADOS

Nas bases de dados dos Periódicos Eletrônicos de Psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde (PePSIC-BVS) foram encontrados 16 artigos, lidos de maneira criteriosa, levando à seleção de 1 artigo. Foram selecionados também 4 artigos encontrados no Google Acadêmico e 1 no SciELO. Os artigos mantidos foram publicados entre 2011 e 2016 (ver Quadro 2). Além dos respectivos artigos, manteve-se 1 livro, que foi acessado na íntegra e publicado em 2010.

Quadro 2 – Características básicas das pesquisas mantidas

Título	Autor/ano	Amostra	Objetivo do Estudo	Método	Principais Resultados e Conclusões do Estudo

<p>Ciúme romântico em casais Heterossexuais: relatos de pessoas casadas e unidas consensualmente .</p>	<p>GOMES, Andreia L.; AMBONI, Graziela; ALMEIDA , Thiago. 2011.</p>	<p>12 Pessoas Casadas Ou unidas consensualmente.</p>	<p>Analisar o Ciúme Romântico em casais Heterossexuais.</p>	<p>Estudo Qualitativo e exploratório.</p>	<p>As manifestações e causas do ciúme ocorrem de acordo com a Personalidade do indivíduo e, dessa forma, não podem ser generalizadas. Os casais Pesquisados Definem o ciúme como o medo de perder e para Alguns, seria prova de amor. As Diferenças entre homens e mulheres foram em relação à forma de expressar o ciúme.</p>
<p>Ciúme romântico: um breve histórico, perspectivas, concepções correlatas e seus desdobramentos para relacionamentos amorosos.</p>	<p>ALMEIDA , Thiago; LOURENÇO, Maria L. 2011.</p>		<p>Analisar o reflexo do ciúme para os relacionamentos amorosos cotidianos.</p>	<p>Estudo qualitativo , revisão de literatura.</p>	<p>O ciúme exibe as características de cada época, de cada cultura, o que torna difícil diagnosticá-lo como uma doença ou ainda como um atributo para verificar a qualidade do relacionamento. O sofrimento é o que fundamenta e anuncia quando o ciúme deixa de estar no limite da normalidade e avança causando mal-estar, repetindo-se obsessiva e compulsivamente, até que provavelmente</p>

					arruíne a vida das partes envolvidas.
--	--	--	--	--	---------------------------------------

Título	Autor/ano	Amostra	Objetivo do estudo	Método	Principais resultados e conclusões do estudo
Amor e ciúme na contemporaneidade: reflexões psicossociológicas.	BARONCELLI, Lauane. 2011.		Investigar teoricamente as consequências que as práticas e princípios culturalmente estabelecidos na contemporaneidade têm sobre a experiência de ciúme dos indivíduos contemporâneos.	Estudo qualitativo, revisão de literatura.	Diante de um mundo com possibilidades tão plurais e com tão frágeis e fugazes referências nas quais o indivíduo possa se assentar, comportamentos extremados como é o caso do ciúme de caráter mais extremo podem parecer a melhor defesa ou, pelo menos, a mais viável delas.

Relação entre comportamentos emocionais e comportamentos e violência contra a mulher.	LACERDA, Larissa; COSTA, Nazaré. 2013.	10 mulheres, entre 18 e 44 anos, abrigadas em uma instituição de proteção a vítimas de violência, que consideravam seus parceiros violentos.	Investigar se existe relação entre o comportamento e violento.	Estudo qualitativo.	Todas as participantes entrevistadas relataram comportamentos violentos do parceiro ao descreverem uma situação de ciúme e todas citaram a suspeita de envolvimento com outra pessoa como situação antecedente do ciúme. As análises levaram a propor uma forma diferente de tratar a relação entre ciúme e violência, considerando os comportamentos agressivos dos parceiros como um tipo (topografia) de ciúme.
---	--	--	--	---------------------	--

Título	Autor/ano	Amostra	Objetivo do estudo	Método	Principais resultados e conclusões do estudo
--------	-----------	---------	--------------------	--------	--

O ciúme patológico: síndrome de Othello.	PINTO, Munique P. 2013.		Destacar características da problemática do ciúme.	Estudo qualitativo, revisão de literatura.	O ciúme não será da mesma forma em todas as pessoas: existe quem reconheça a existência desse sentimento e então busca controlá-lo, e aqueles que se deixam levar pelo sentimento avassalador e destrutivo. O ciúme referido no 2º tipo de pessoa trata-se do ciúme patológico, mórbido que vai além do normal, este ocasiona ações e reações violentas, brutas, ele toma conta da imaginação, da vontade e dos intuitos.
Compreendendo o ciúme na relação conjugal: um olhar sistêmico.	TURATTI, Marine C.; LUCAS, Michele G. 2016.	1 casal (n=2).	Compreender o ciúme na relação conjugal.	Estudo qualitativo, estudo de caso.	Quando o ciúme é motivo para brigas e conflitos, consequentemente, contribui para uma relação disfuncional e deve ser considerado para que haja o entendimento da sua função nessa relação. Observou-se que o sistema familiar contribui para a construção de características individuais como insegurança e

					baixa autoestima e o modelo de demonstração de afeto pelo outro.
--	--	--	--	--	--

Fonte: Autoria própria, 2020.

O Quadro 2 apresenta os artigos científicos mantidos e é dividido nas seguintes categorias: título, autor/ano de publicação, amostra, objetivo do estudo, método e principais resultados e conclusões do estudo.

No estudo de Almeida e Lourenço (2011), cujo objetivo foi analisar o reflexo do ciúme para os relacionamentos amorosos cotidianos, foi possível verificar que as concepções e entendimentos sobre o ciúme foram e ainda são diversos. Dado o seu polimorfismo, percebe-se que o ciúme exibe as características de cada época, de cada cultura, o que torna difícil diagnosticá-lo como uma doença ou ainda como um atributo para verificar a qualidade do relacionamento. Todavia, o sofrimento é o que fundamenta e anuncia quando o ciúme deixa de estar no limite da normalidade e avança causando mal-estar, repetindo-se obsessivamente e compulsivamente, até que, provavelmente, arruíne a vida das partes envolvidas.

A pesquisa apresentada por Baroncelli (2011), que buscava investigar teoricamente as consequências que as práticas e princípios culturalmente estabelecidos na contemporaneidade têm sobre a experiência de ciúme dos indivíduos contemporâneos, trouxe reflexões acerca das ambiguidades da vida contemporânea, enraizadas num contexto de incertezas, que potencializam a abertura de um espaço propício aos extremismos. Diante de um mundo com possibilidades tão plurais e com tão frágeis e fugazes referências nas quais o indivíduo possa se assentar, comportamentos extremados como no caso do ciúme de caráter mais extremo podem parecer a melhor defesa ou, pelo menos, a mais viável delas.

Gomes, Amboni e Almeida (2011), em seu estudo, com objetivo de analisar o ciúme romântico em casais heterossexuais, observaram que as manifestações e causas do ciúme ocorrem de acordo com a personalidade do indivíduo e, dessa forma, não podem ser generalizadas. Os casais pesquisados pelos autores definiram o ciúme como o medo de perder e, para alguns, seria prova de amor. As diferenças entre homens e mulheres se deram em relação à forma de expressar o ciúme.

A partir do estudo de Lacerda e Costa (2013), que buscou investigar se existe relação entre o comportamento ciumento e o violento, constatou-se que todas as participantes entrevistadas relataram comportamentos violentos do parceiro ao descreverem uma situação de

ciúme, e todas citaram a suspeita de envolvimento com outra pessoa como situação antecedente do ciúme. As análises levaram a propor uma forma diferente de tratar a relação entre ciúme e violência, considerando os comportamentos agressivos dos parceiros como um tipo de ciúme.

Pinto (2013) quis, com sua pesquisa, destacar características da problemática do ciúme. Nos resultados trazidos pela autora foi possível observar que o ciúme não será da mesma forma em todas as pessoas: existe quem reconheça a existência desse sentimento e então busca controlá-lo, e aqueles que se deixam levar pelo sentimento avassalador e destrutivo. O ciúme referido no segundo tipo de pessoa trata-se do ciúme patológico, mórbido e que vai além do normal – isto ocasiona ações e reações violentas, brutas, toma conta da imaginação, da vontade e dos intuítos.

Em seus estudos com objetivo de compreender o ciúme na relação conjugal, Turatti e Lucas (2016) afirmaram que quando o ciúme é motivo para brigas e conflitos, conseqüentemente, se contribui para uma relação disfuncional e deve ser considerado para que haja o entendimento da sua função nessa relação. Observou-se também que o sistema familiar contribui para a construção de características individuais como insegurança e baixa autoestima e o modelo de demonstração de afeto pelo outro.

No livro *Histórias de Ciúme Patológico: identificação e tratamento* (BALLONE, 2010), o autor afirma que o ciúme patológico é derivado de crenças iniciais desadaptativas, e que para o diagnóstico é indispensável considerar o grau de sofrimento gerado, bem como o comprometimento no funcionamento do indivíduo. Ballone apresentou pesquisas que afirmavam que a terapia cognitivo-comportamental era a mais efetiva e, por isso, indicada para esses casos, tendo o foco do tratamento no equilíbrio dos excessos emocionais e não na eliminação dos sentimentos. O autor também destacou a importância de unir o tratamento farmacológico junto do terapêutico, tendo em vista as alterações bioquímicas geradas pelo ciúme e objetivando uma maior eficácia na melhora do paciente.

5 DISCUSSÃO

O ciúme, sobretudo o patológico, é um sentimento de difícil observação explícita, considerando que tanto o ciumento quanto sua vítima tendem a esconder tal situação, seja por não o identificarem de tal forma, seja por vergonha, seja por medo. Ainda assim, essa é uma temática comum nos consultórios de psicologia, principalmente no que tange às vítimas.

Embora o foco do presente estudo tenha sido identificar condições biopsicossociais e a efetividade do tratamento em TCC para o ciúme patológico, identificamos apenas 2 materiais

com informações a respeito do tratamento, sendo o artigo escrito por Pinto (2013) e o livro de Ballone (2010). Já em relação às condições biopsicossociais, foi possível identificar posicionamentos na integralidade dos materiais selecionados.

É imprescindível que existam maiores estudos acerca do ciúme patológico e de seu tratamento, pois, conforme dados da Organização Mundial da Saúde, a violência contra a mulher é hoje um problema de saúde pública e uma violação aos direitos humanos e, segundo Lacerda e Costa (2013), o ciúme é identificado como fator causal principal da violência cometida pelos parceiros, já que o ciúme patológico está associado a elevados graus de agressividade. Essa agressividade é vinculada ao sentimento de posse e apresentada por meio do uso de coerção, que para o ciumento é uma forma de possibilitar a remoção do rival ou a diminuição da competição.

Não se pode considerar todo ciúme como sendo doentio. É necessário entender inicialmente três pontos para que seja possível fazer a distinção do normal e do patológico: o gatilho para o ciúme, que pode ser realístico ou não; a reação frente à ameaça percebida, que pode ser adaptativa ou não; e o grau de sofrimento gerado. Em casos negativos, é imprescindível, para o início do tratamento, que o ciumento admita o problema (PINTO, 2003).

O ciúme patológico é derivado de crenças centrais desadaptativas (CCDs), que acarretam em distorções cognitivas, alterações afetivas e comportamentais nas pessoas diagnosticadas. Uma das contribuições para o desenvolvimento dessas CCDs se dá pelo sistema familiar desestruturado, que colabora para a construção de características individuais que são condições de risco para a presença do ciúme patológico, como insegurança, baixa autoestima e o modelo não adequado de demonstração de afeto pelo outro (TURATTI e LUCAS, 2016).

De acordo com as pesquisas de Ballone (2010), a terapia cognitivo comportamental é o padrão ouro para o tratamento destes casos, ou seja, a TCC tem eficácia comprovada e por isso é indicada. Esse tratamento é focado em tornar o paciente consciente do processo de seu pensamento, fazendo com que ele consiga identificar os pensamentos automáticos disfuncionais e possa agir para modificá-los.

As sensações físicas causadas pelo ciúme, como angústia, tensão, inquietação, raiva, insegurança, palpitação, sudorese, tremores, irritabilidade, entre outros, são provenientes de alterações hormonais e acometem tanto quem o sente quanto seu par. Essa perturbação pode causar sofrimento significativo (BALLONE, 2010; ALMEIDA e LOURENÇO, 2011) e prejuízos funcionais nas áreas sociais, laborais, de lazer e em outros segmentos importantes da

vida do indivíduo. Devido a isso, é fundamental que o profissional/psicólogo à frente do caso avalie a necessidade de um encaminhamento ao psiquiatra; os resultados do tratamento que une a psicoterapia com o uso de medicamentos são mais satisfatórios.

Um fato curioso identificado na pesquisa se refere a uma citação de Gomes, Amboni e Almeida (2011), que abordam sobre o fator provocador de ciúme ser diferente entre homens e mulheres, bem como entre idosos e pessoas mais jovens. Foi possível observar, também, que ciúme patológico se assemelha ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo; as obsessões presentes nesses casos seriam as suposições constantes e equivocadas do ciumento, e as compulsões as reações ciumentas desproporcionais frente à ameaça existente.

Cabe salientar que os conhecimentos e concepções sobre o ciúme foram e ainda são diversos, e a apresentação dele não se dá da mesma forma em todas as pessoas, existindo diferentes características de cada época e cultura em cada caso (BARONCELLI, 2011; ALMEIDA e LOURENÇO, 2011; PINTO, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo identificar condições biopsicossociais para o desenvolvimento do ciúme patológico e verificar a efetividade das estratégias de tratamento em terapia cognitivo-comportamental para estes casos através de uma revisão sistemática de literatura. Dentre os estudos que fizeram parte dessa revisão, apenas dois obtiveram resultados significativos em relação ao tratamento, enquanto todos foram proveitosos a respeito das condições de risco.

Os estudos revisados mostraram que o ciúme patológico é derivado de crenças centrais desadaptativas, tendo como condições de risco a insegurança e a baixa autoestima, que são distorções cognitivas geradas pelas CCDs; e comprovaram a eficácia da TCC como tratamento, tendo resultados ainda mais satisfatórios quando unida de tratamento farmacológico.

É importante destacar a necessidade de mais estudos e discussões sobre o tema, em especial com enfoque no tratamento, mas também pesquisas que associam o ciúme patológico com a violência contra a mulher, com o comportamento violento, com prejuízos de saúde pública, e até mesmo com relação à pandemia do COVID-19, a fim de possibilitar aos profissionais da Psicologia embasamento teórico para suas práticas clínicas.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA, Thiago; DOURADO, Laisa Martins. Considerações sobre amor, ciúme e egoísmo: revisão integrativa da literatura brasileira. In: **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 38, n. 95, p. 179-190, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000200005>. Acesso em 03 set. 2019.
- [2] ALMEIDA, Thiago; LOURENÇO, Maria L. Ciúme romântico: um breve histórico, perspectivas, concepções correlatas e seus desdobramentos para relacionamentos amorosos. **Revista de Psicologia UFC**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 18-32, jul./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/87>>. Acesso em 03 set. 2019.
- [3] BALLONE, Geraldo José. **Histórias de Ciúme Patológico**: identificação e tratamento. 1. ed. Barueri: Manole, 2010.
- [4] BARONCELLI, Lauane. Amor e ciúme na contemporaneidade: reflexões psicossociológicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 163-170, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000100018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 03 set. 2019.
- [5] BECK, Judith. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- [6] COSTA, Nazaré; BARROS, Romariz da Silva. Ciúme: Uma interpretação analítico comportamental. **Acta comport.**, Guadalajara, v. 18, n. 1, p. 135- 149, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 set. 2019.
- [7] GOMES, Andreia L.; AMBONI, Graziela; ALMEIDA, Thiago. Ciúme romântico em casais heterossexuais: relatos de pessoas casadas e unidas consensualmente. **Pensando Famílias**, Santa Catarina, v. 15, n. 2, p. 31-50, dez. 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/309761861_Ciume_Romantico_em_Casais_Heterossexuais_Relatos_de_Pessoas_Casadas_e_Unidas_Consensualmente>. Acesso em 03 set. 2019.
- [8] HOUAISS, Antônio. **Houaiss**: dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2014.
- [9] LACERDA, Larissa; COSTA, Nazaré. Relação entre comportamentos emocionais ciumentes e violência contra a mulher. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 15, n. 3, p. 21-36, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v15n3/v15n3a03.pdf>>. Acesso em 03 set. 2019.
- [10] MALLMANN, Cleo J. Ciúmes: do normal ao patológico. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 43, p. 43-50, jul. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/actac/v18n1/a07.pdf>>. Acesso em 03 set. 2019.
- [11] PINTO, Munique P. P. O ciúme patológico: síndrome de Othello. **Revista InterAtividade**, Andradina, v. 1, n. 1, p. 99-110, jan./jun. 2013. Disponível em:
Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, V.7 (1) 23-43, Julho 2022

<<http://doczz.com.br/doc/632643/o-ci%C3%B3me-patol%C3%B3gico--s%C3%ADndrome-de-othello>>. Acesso em 03 set. 2019.

- [12] RIOS, Fernanda C. Sobre ciúmes e erotomania: reflexões acerca de um caso clínico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 453-467, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n3/a09v16n3.pdf>>. Acesso em 03 set. 2019.
- [13] SANTOS, Eduardo F. Sobre o ciúme. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 19, n. 1, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932011000100004>. Acesso em 03 set. 2019.
- [14] SANTOS, Iara; SILVA, Nayara; CAVALCANTE, Tamara; SILVA, Valdiane. A compreensão do ciúme romântico sob o enfoque analítico comportamental. **Psicologado**, abr. 2015. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/abordagens/comportamental/a-compreensao-do-ciumeromantico-sob-o-enfoque-analitico-comportamental>>. Acesso em 03 set. 2019.
- [15] TURATTI, Marine C.; LUCAS, Michele G. Compreendendo o ciúme na relação conjugal: um olhar sistêmico. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 7, n. 2, p. 145-152, jul./dez. 2016. Disponível em: <<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/11945/pdf>>. Acesso em 03 set. 2019.

A SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS IMPACTOS NA VIDA DOS PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL: Revisão Narrativa de Literatura¹

Karina Cardoso Wonghon²
Zuleika Leonora Schmidt Costa³

Resumo: Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura narrativa sobre a Síndrome de Burnout e seus impactos na vida do Professor do ensino Fundamental, por meio do qual foi realizado um levantamento bibliográfico exploratório nas seguintes bases eletrônicas: Biblioteca eletrônica Scielo; Biblioteca virtual de saúde Pepsic bvsalud.org; Google Acadêmico; autores de artigos científicos e revistas especializadas. O problema de pesquisa buscou identificar de que forma os professores do Ensino Fundamental são acometidos pela síndrome de Burnout. Concluiu-se que a Síndrome de Burnout deteriora a saúde dos professores e suas relações sociais, além de levar a uma falta de perspectiva quanto à melhoria profissional e desestimular o desempenho laboral deles, fatos que produzem sofrimento intenso capaz de levá-los a abandonar a profissão.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout. Esgotamento Profissional. Síndrome de Burnout em professores do ensino fundamental.

Abstract

This study aimed to carry out a review of the narrative literature on the Burnout Syndrome and its impacts on the life of the Elementary School Teacher, an exploratory bibliographic survey was carried out on the electronic bases: Scielo electronic library, Pepsic virtual health library bvsalud.org, Google Scholar, authors of scientific articles and specialized magazines. Through a research problem that seeks to identify how primary school teachers are affected by Burnout syndrome. It is concluded that the Burnout Syndrome

¹ Trabalho apresentado ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC) como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

² Estudante de Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

³ Psicóloga Doutora em Educação pela UNILASALLE, Ms. em Educação pela UFRGS, Coordenadora e Professora do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICENEC).

deteriorates the health of teachers and social relationships, the lack of perspective and stimulation produces intense suffering and leads to abandonment of the profession.

Key Words: Burnout Syndrome. Professional Exhaustion. Burnout Syndrome in elementary school teachers

1 INTRODUÇÃO

É responsabilidade da escola e do professor socializar indivíduos, o sucesso nesse desempenho depende de boas condições emocionais dos profissionais docentes.

No mundo de hoje, dentre tantas crises, vivemos uma crise de valores. Na escola, os professores veem-se atualmente, diante de alunos que não querem aprender. O contexto social e cultural desses alunos coloca para a escola e seus professores novos dilemas focados na dimensão humana e relacional do ensino (NÓVOA, 2009 apud SILVA, 2011, p. 01).

Talvez estejamos vivendo atualmente, mais do que nunca, num outro sentido, a expressão cunhada por Perrenoud quando afirmou que a educação é um combate (PERRENOUD, 1999, apud SILVA, 2011, p.01).

O nível de agressividade dos alunos, a falta de postura, respeito aos professores e aos próprios colegas e ainda a falta de perspectiva leva ao desinteresse quase total pelo estudo. Estes são apenas alguns dos dilemas enfrentados silenciosamente no interior das escolas (SILVA, 2011, p. 02).

As condições impostas aos professores para a realização de seu trabalho produzem um quadro deficitário que produz desde abandono da carreira até o surgimento de problemas de saúde com sofrimento intenso durante o exercício da profissão. Segundo Melo (2019), a escola pública, sua rotina e seus sujeitos têm sido alvos de inúmeras investigações no intuito de se compreender as relações imersas no cotidiano escolar. Um dos temas bastante discutidos atualmente é sobre a rotina escolar e suas implicações para a saúde docente.

Os pesquisadores que se empenham em estudar essa temática, especificamente quanto à rotina das instituições de ensino, apontam que existe uma série de fatores que podem desencadear o “mal-estar” na saúde docente. É unânime o discurso de que o exercício da docência não deveria ser tão árduo, chegando ao ponto de ser concebido como um tormento. Como apontou Mendes (2007, apud MELO 2019, p.2), “Um dos sentidos do trabalho é o

prazer. Esse prazer emerge quando o trabalho cria identidade [...]”. Essa identidade “[...] permite que o trabalhador se torne sujeito da ação, criando estratégias, e com essas possa dominar o seu trabalho e não ser dominado por ele [...]” Mendes (2007, apud MELO 2019 p.2), afirma ainda que, “Para que o trabalho seja um instrumento de equilíbrio para o trabalhador, é preciso que a motivação (desejo) dê origem à satisfação (prazer)” (grifos do autor). Porém, o que acontece nas escolas é o inverso deste princípio.

Ao apresentar o presente estudo, pretende-se – através de uma revisão narrativa da literatura sobre a Síndrome de Burnout e seus impactos na vida dos professores do Ensino Fundamental – demonstrar de que forma os docentes são acometidos pela síndrome de Burnout.

A contemplação deste objetivo dar-se-á através de revisão narrativa, nas bases acadêmicas que tratam desta temática.

2 OBJETIVO

A presente pesquisa tem por objetivo analisar a Síndrome de Burnout e os impactos causados na vida dos professores do Ensino Fundamental, seus conceitos, critérios diagnósticos e legislação pertinente.

A síndrome de Burnout tem sido considerada como um dos grandes problemas sociais, haja vista que, além de promover desgastes na saúde dos docentes, esta síndrome pode causar perturbações físicas e mentais nos trabalhadores.

Profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, por um período de esforço excessivo em intervalos pequenos para recuperação estão mais propensos a uma exaustão prolongada, diminuição do interesse por suas atividades de trabalho e estado de exaustão física e emocional. Entre estes profissionais estão os professores, os quais são submetidos a vários estressores no contexto do trabalho, sendo um fenômeno composto por três dimensões: “[...] exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, afetando o contexto educacional e processo de ensino-aprendizagem com sérias repercussões para o desenvolvimento social” (ARRAZ, 2018, p. 34).

Apesar da predominância do termo Burnout na maioria dos estudos, existem referências à síndrome com outras denominações a exemplo dos estresses laboral, profissional, assistencial, ocupacional assistencial ou simplesmente ocupacional, que

evidenciam a maior incidência entre aqueles que se ocupam em cuidar de pessoas, independentemente do caráter profissional ou trabalhista. Existe também a expressão síndrome de queimar-se pelo trabalho ou desgaste profissional. No Brasil, são encontradas referências à neurose profissional ou neurose de excelência, ou síndrome do esgotamento profissional (SEP). Essa variedade de denominações para o mesmo agravo pode confundir e muitas vezes dificultar levantamentos de pesquisas na área (BENEVIDES-PEREIRA, 2003 apud BATISTA, 2010, P 47).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura de estudos qualitativos. A pesquisa foi realizada durante os meses de março a junho de 2020, sem recorte temporal.

A revisão da literatura narrativa, quando comparada à revisão sistemática, apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. “A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva”. (CORDEIRO et. al. 2007, p. 428).

Realizou-se uma busca bibliográfica exploratória nas seguintes bases eletrônicas: Biblioteca eletrônica Scielo (www.scielo.org), Biblioteca virtual de saúde (<http://pepsic.bvsalud.org/>), Google Acadêmico (<https://scholar.google.com.br>), autores especializados através de artigos científicos e revistas especializadas, para o embasamento crítico da proposta de revisão. Estabeleceram-se dois critérios para refinar os resultados: Por primeiro, uma análise preliminar do material bibliográfico foi feita através de leitura exploratória do resumo de cada artigo que definiu quais textos se enquadravam na temática síndrome de burnout. Em segundo, uma leitura completa dos artigos selecionados buscou localizar informações relacionadas ao objetivo deste estudo. Foram utilizados, como critérios de inclusão, artigos que fossem publicados em português, disponíveis na íntegra e que atendessem à temática relacionada à pesquisa.

Foram utilizados os descritores: (1) Síndrome de Burnout (2) Esgotamento Profissional (3) Síndrome de Burnout em Professores do Ensino Fundamental.

Como critérios de exclusão, foram utilizados estudos de revisão, estudos de reflexão, relatos de experiências, teses e dissertações, manuais, estudos de caso, livros e artigos que não estavam disponibilizados na íntegra e/ou referiam-se a outras categorias profissionais. Para a captação das publicações selecionadas, foram utilizados os links disponíveis diretamente nas bases de dados e no portal em que o artigo foi publicado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial localizou 453 publicações, na Base de Dados BVS 144 no Google Acadêmico 112, na Base de Dados SCIELO159, na Base de Dados PEPsic 38, cabe ressaltar que alguns artigos se repetiam. Assim, após leituras e análise, 20 artigos foram escolhidos, sendo 03 da BVS, 04 da Pepsic, 05 do Google Acadêmico e 08 da SCIELO. Para a análise e interpretação dos artigos selecionados, foi utilizado o conteúdo da temática.

Os demais artigos que foram descartados abordavam a Síndrome de Burnout, porém em outras categorias profissionais: médicos; enfermeiros; professores universitários; professores de educação física e equipes de enfermagem.

A partir da análise das 20 publicações selecionadas, observou-se que grande parte dos artigos é de abordagem quantitativa, de modo que a maioria pertencente à categoria relato de pesquisa. As categorias profissionais mais investigadas são as de professores e profissionais da saúde, destaca-se que a maior parte das produções são recorrentes da área da Psicologia e as publicações datam dos anos de 2002 (2 publicações), 2003 (1 publicação), 2004 (2 publicações), 2006 (1 publicação), 2007 (3 publicações), 2009 (2 publicações), 2010 (2 publicações), 2011 (1 publicação), 2012 (1 publicação), 2015 (1 publicação), 2016 (1 publicação), 2018 (2 publicações) e 2019 (1 publicação).

4.1 Aspectos conceituais

Ao analisar os artigos selecionados conclui-se que seus autores, ao apresentarem seus estudos sobre os conceitos da Síndrome de Burnout, o fazem de forma pacificada não necessitando mais de discussões sobre seus conceitos, definiu-se que para uma melhor compreensão do estudo, ao escolher alguns autores que apresentam os conceitos com uma

diagramação, seria mais facilitada a compreensão da patologia, ao tempo que ilustra o estudo de forma favorável para a compreensão do tema de pesquisa.

4.2 Síndrome de Burnout

Para Jebeili (2008 apud ARRAZ, 2018), o termo Burnout é de origem inglesa, composto por duas palavras “Burn” que significa “queimar” e Out que quer dizer “fora”, “exterior”. Em tradução literal, significa “queimar para fora” ou “consumir-se de dentro para fora”, podendo ser melhor compreendido como “combustão completa” que se inicia com os aspectos psicológicos e culmina em problemas físicos, comprometendo todo o desempenho da pessoa.

O vocábulo Burnout foi criado, em 1974, por Freudenberger, segundo o qual este fenômeno é um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de recursos e energia. Ele chegou a tal conclusão por ter percebido que trabalhadores haviam manifestado estresse emocional e sintomas físicos. As primeiras pesquisas sobre essa síndrome permearam o estudo “sobre as emoções e as maneiras de lidar com elas por parte dos profissionais, que, pela natureza do seu trabalho, precisavam manter contato com pessoas diariamente” (FREUDENBERGER, 1974 apud CARLOTTO; CÂMARA, 2004, p.499).

Para o estudo aqui selecionado segundo Vieira (2006), por definição, “Burnout é uma condição de sofrimento psíquico relacionada ao trabalho”. Está associado com alterações fisiológicas decorrentes do estresse (maior risco de infecções, alterações neuroendócrinas do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, hiperlipidêmica, hiperglicemia e aumento de risco cardiovascular), abuso de álcool e substâncias, risco de suicídio e transtornos ansiosos e depressivos, além de implicações socioeconômicas (absenteísmo, abandono de especialidade, queda de produtividade) (VIEIRA et. al 2006, p. 352).

Segundo PEREIRA (2002), apesar de os primeiros estudos sobre a síndrome de burnout surgirem no cenário internacional no final da década de 60, passando a se consolidar na década seguinte, em nosso país, mesmo sendo prevista como doença do trabalho, ainda é desconhecida entre boa parte de nossos profissionais.

O burnout é um processo que se dá em resposta à cronificação do estresse ocupacional, trazendo consigo consequências negativas tanto individuais como profissionais, familiares e sociais.

Na esfera institucional, os efeitos do burnout se fazem sentir tanto na diminuição da produção como na qualidade do trabalho executado, no aumento do absenteísmo, na alta rotatividade, no incremento de acidentes ocupacionais, denegrindo a imagem desta e trazendo prejuízos financeiros.

Estudos de prevalência com profissionais de saúde mostram taxas de Burnout variando entre 30 e 47%; a taxa de burnout na população de trabalhadores da Finlândia chegou a 27,6%. No Brasil, a ocorrência se encontra na faixa de 10% (VIEIRA et. al 2006, p. 352).

4.2.1 Principais Sintomas

Conforme o artigo de Lima (2018), o Burnout é constituído de três dimensões (ou critérios diagnósticos):

- a) Exaustão Emocional – Caracteriza-se pela falta de energia e sentimento de esgotamento de recursos com relação ao trabalho, tendo como maior causa o conflito pessoal nas relações e a sobrecarga;
- b) Despersonalização – Apresenta-se como um estado psíquico no qual prevalece a dissimulação afetiva, o distanciamento e uma forma de tratamento impessoal com a clientela, certa frieza em tratar com os alunos e colegas de trabalho, podendo apresentar sintomas como descomprometimento com os resultados, conduta voltada a si mesmo, alienação, ansiedade, irritabilidade e desmotivação;
- c) Baixa Realização Profissional – É caracterizada pela tendência do trabalhador a se autoavaliar de forma negativa. Ele se torna insatisfeito com seu desenvolvimento profissional e experimenta um declínio no sentimento de competência e êxito, não conseguindo render no trabalho como antes.

Para Pereira (2002 apud LIMA, 2018), os sintomas da Síndrome de Burnout são classificados como:

Dentre os Sintomas físicos, observam-se: Manifestam-se através de fadiga constante e progressiva; Dores musculares; Distúrbios de sono; Cefaleias; Perturbações gastrintestinais; Disfunções sexuais; Alteração do ciclo menstrual.

Quanto aos Sintomas psíquicos, destacam-se: Incluem a falta de atenção; Alterações de memória; Perda de agilidade mental; Sentimentos de alienação; Solidão; Impotência; Perda

de iniciativa; Disforia, depressão; Dificuldade de auto aceitação; Baixa autoestima e sentimento de desamparo.

Os Sintomas comportamentais são: Negligência; Irritabilidade; Aumento da agressividade; Incapacidade de relaxar; Perda de iniciativa; Dificuldades na aceitação de mudanças; Aumento do consumo de substâncias, podendo chegar até mesmo a um comportamento de alto risco (suicídio).

E, por fim, nota-se que os Sintomas defensivos são os que seguem: Tendência ao isolamento; Onipotência; Absenteísmo no trabalho; Ironia para tratar com as pessoas; Perda do interesse pelo trabalho e até mesmo pelo lazer.

5 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E LEGISLAÇÃO

Segundo Corbal (2015), a portaria nº 1.339 de 18 de novembro de 1999 do MS instituiu a lista de doenças relacionadas ao trabalho e incluiu a sensação de estar acabado (“Síndrome de Burnout”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0), nos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho, tendo como agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional o Ritmo de trabalho penoso (CID10 Z56.3) e outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (CID10 Z56.6).

5.1 Síndrome de Burnout – Legislação

O Decreto nº 6.042/2007, alterou o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048/1999, em seu anexo II que trata sobre agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, conforme previsto no art. 20 da lei no 8.213, de 1991, inseriu na lista B, a síndrome de Burnout, no título sobre transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10) (CORBAL, 2015 p.08).

6 SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL

As mudanças que afetam diretamente a instituição escolar e conseqüentemente os docentes – principais sujeitos do processo educativo – são reflexo das inúmeras mudanças sociais ocorridas ao longo do tempo. É possível perceber que muitos dos problemas enfrentados nas escolas pelos docentes são de origens extra escolares, pois fazem parte da “crise social”. A rotina escolar, por sua vez, sua estrutura organizativa, prioridades e andamentos cotidianos, é diretamente afetada pelas prioridades da presente sociedade capitalista, que valoriza o ter em detrimento do ser, a aparência em desfavor da essência (LIBÂNEO, 2012 apud MELO, 2019).

Para Lima (2018), os efeitos da síndrome de Burnout em professores afeta o ambiente educacional e interfere no alcance dos objetivos pedagógicos e na qualidade da aprendizagem. Dentre os custos pessoais, destaca-se a ocorrência de graves problemas psicológicos e físicos, podendo levar o trabalhador à incapacidade total para o trabalho. O professor pode apresentar rompimento com os hábitos normais, perda do entusiasmo e da criatividade, incapacidade para se concentrar, perda do auto respeito, do autocontrole em sala de aula e reações exageradas para moderar o estresse, sendo esses efeitos do Burnout.

Segundo a pesquisa de Melo (2019), o professor se torna refém da estrutura cotidiana, rotina dialética de pressão e opressão que influencia, diretamente, seu desempenho e, conseqüentemente, o de seus alunos. Infelizmente, a rotina escolar tem contribuído diretamente para o surgimento/fortalecimento de problemas na saúde mental dos docentes.

Dejours (1993 apud MELO, 2019) apontou que não é exatamente o trabalho em si que leva ao adoecimento, mas a rotina das inter-relações estabelecidas, como as de âmbito emocionais, afetivas e funcionais. Trigo, Teng e Hallak (2007, p. 230) concordam com essa argumentação, pois muitos pontos permanecem não esclarecidos, mas os autores, de forma geral, concordam que o burnout interfere nos níveis institucional, social e pessoal. Porém, em contraponto a isso, Batista (2010) enfatiza que a realidade do professor da primeira fase do ensino fundamental é composta por um ambiente físico de trabalho insalubre; por uma autopercepção da saúde negativa; pela saúde mental atingida pela Síndrome de Burnout; pelo desconhecimento por parte dos médicos.

Segundo Dejours (1993 apud MELO, 2019), a rotina coisificada por essas pressões afeta e influencia o esvaziamento das relações interpessoais, provocando desmotivação, descrença, desânimo, tensões etc, chegando ao ponto de os professores necessitarem de hospitalizações e licença para tratamento de saúde. Há casos em que são desenvolvidas fobias,

gerando no docente desânimo (adoecimento) e até pavor pelo ambiente e pela rotina escolar. Trigo, Teng e Hallak (2007, p. 229) examinaram a relação entre variáveis ocupacionais (predisponentes à Síndrome de Burnout) e os transtornos depressivos e constataram que os indivíduos que trabalham em condições de muitas demandas psicológicas associadas a baixo poder de decisão têm maior prevalência de depressão.

Em estudo realizado no estado da Paraíba, Batista (2010) realizou uma pesquisa que mostra a realidade do professor do Ensino Fundamental naquele estado e construiu uma triangulação de métodos que incluiu pesquisas de natureza quantitativa e qualitativa. Essa escolha foi feita mediante a necessidade de uma compreensão mais completa que considerasse aspectos objetivos e subjetivos da realidade do professor sendo, assim, coerente com o seu caráter complexo. Investigou as condições físicas de trabalho do professor através da análise do conforto ambiental das salas de aula; construiu-se o discurso coletivo do professor a respeito da sua saúde e de sua autopercepção como profissional; no campo da saúde mental, verificou-se a presença da Síndrome de Burnout nos professores; investigou-se como essa síndrome no professor do ensino fundamental vem sendo avaliada pelos peritos da Junta Médica; e, por fim, verificou-se a diferença de gênero quanto à morbidade relacionada aos afastamentos dos professores por motivo de doença. O conjunto de resultados apresentou uma categoria profissional que trabalha em condições físicas e ambientais insalubres, que se auto percebe como invisível para a sociedade, desconsiderada pelos gestores da educação, desrespeitada pelos alunos e seus pais e com a saúde fragilizada.

Em termos de saúde mental, a Síndrome de Burnout, através de suas dimensões, está comprovadamente presente na maioria dos professores da primeira fase do ensino fundamental e a Perícia Médica Municipal, não só desconhece essa síndrome, como está despreparada para diagnosticá-la. Soma-se a essa situação, uma categoria que apresenta diferenças de gênero com consequências diretas na saúde, manifestadas através das doenças que afastam do trabalho, revelando a necessidade de se rever o lugar ocupado pela mulher no contexto do trabalho docente.

Ainda para Batista (2010, p. 19), “esses resultados justificam incluir a Síndrome de Burnout como um problema de Saúde Pública na cidade de João Pessoa – Paraíba” e podem ser usados como argumento para considerar a saúde mental do professor uma questão prioritária no campo da Saúde do Trabalhador, exigindo uma participação mais expressiva da

categoria docente, principalmente através de uma escuta mais efetiva dessa categoria, com vistas à construção de políticas educacionais e no planejamento institucional.

Em pesquisa no estado do Paraná, Wiltenburg (2009, p.12) descreve ter “ouvido alguns relatos de professores que não tinham conhecimento do assunto, ou só ouviram falar”.

Outros destacaram a importância da mudança na rotina diária e de se implementar uma alimentação mais saudável, além da necessidade de se criar um grupo de apoio entre os colegas para que venham a promover uma ajuda mútua e que a hora do intervalo das aulas, onde os professores se encontram para um café, não viesse a se configurar como um espaço de lamentações.

O termo "Síndrome de Burnout" nas diversas bibliografias consultadas tem o mesmo significado que "Síndrome do Esgotamento Profissional". Esta variante na forma de expressão não é a única encontrada na literatura, entre elas podemos citar: Mal-estar docente, estresses laboral, profissional, assistencial, ocupacional assistencial ou simplesmente estresse ocupacional, segundo Benevides-Pereira (2003). Essa variedade de denominações para o mesmo agravo pode confundir e muitas vezes dificultar levantamentos de pesquisas na área. Constatou-se que a afirmativa de Benevides e Pereira é a expressão da verdade, pois só foi encontrada uma pesquisa com o título propriamente dito, embora outros títulos abordavam o mesmo tema.

6.1 Categoria - 1 Como se desenvolve a síndrome nos professores

A síndrome é um processo individual que se desenvolve com o passar do tempo. “Não surge de maneira súbita, emergindo de forma paulatina, cumulativa, com progresso em severidade. Sua evolução pode levar anos e até mesmo, décadas” (CARLOTTO, 2001 apud SANTINI 2004, p.193). Na mesma linha de pensamento, França (1987, apud SANTINI, 2004) cita que, com o passar do tempo, aparecem reações no organismo que são características dos sintomas desta síndrome de modo que o indivíduo geralmente se recusa a acreditar que esteja acontecendo algo de errado com ele. Segundo Jiménez, Gutiérrez e Hernandez (1994, apud SANTINI, 2004, p. 192), “[...] um professor experimentaria esgotamento emocional ao sentir não poder dar aos seus alunos mais de si mesmo”. Este sintoma mostraria despersonalização ao desenvolver atitudes negativas, cínicas e às vezes insensíveis em relação aos estudantes, pais e companheiros, e teria sentimentos de baixa

realização pessoal ao ver-se ineficaz na hora de ajudar seus alunos no processo de aprendizagem e de cumprir com outras responsabilidades de seu trabalho.

Carlotto (2002 p. 25) conclui dizendo que “Burnout em professores é um fenômeno complexo e multidimensional resultante da interação entre aspectos individuais e o ambiente de trabalho”. Este ambiente não diz respeito somente à sala de aula ou ao contexto institucional, mas sim a todos os fatores envolvidos nesta relação, incluindo os fatores macrosociais, como políticas educacionais e fatores sócio-históricos. Harmonizados com esse entendimento, Trigo, Teng e Hallak (2007) argumentam que há muitas indicações de que situações estressantes de origens familiar e laboral são fatores de risco para o desenvolvimento de desordens relacionadas ao estresse, segundo evidencia o estudo sobre a síndrome de Burnout aqui destacado.

6.2 Categoria – 2 – Saúde do Professor do ensino fundamental

Ao se propor abordar a saúde e a Síndrome de Burnout do professor do ensino fundamental, Batista (2010 p. 21) enfatiza a necessidade de discorrer a respeito do lugar que o professor ocupa como trabalhador e das consequências de sua função em sua saúde. [...], para falar desse lugar, é imprescindível transitar pelos conceitos de Saúde Pública e de Saúde do Trabalhador” (Grifos nossos).

Batista (2010) descreve que, na Perícia Médica, os peritos não conhecem, em sua maioria, a portaria que inclui a Síndrome de Burnout como doença do trabalho, não têm conhecimento da Síndrome de Burnout; não fez nenhum diagnóstico acerca dela; não conhece algum colega que tenha sido diagnosticado; não afastou nenhum professor do trabalho em decorrência da síndrome; e nenhum recebeu treinamento para lidar com a doença em sua prática profissional.

Em pesquisa realizada por Codo (1999, apud TRIGO, TENG, HALLAK, 2007, p.224), acerca de estudos sobre educadores que abrangeram 1.440 escolas e 30 mil professores, revelou que, quanto à saúde mental dos professores de 1º e 2º graus em todo o país, 26% da amostra estudada apresentavam exaustão emocional. Essa proporção variou de 17% em Minas Gerais e Ceará a 39% no Rio Grande do Sul.

Pesquisadores que se empenham em estudar essa temática, em específico a rotina das instituições de ensino, apontam que existe uma série de fatores que podem desencadear o

“mal-estar” na saúde docente. Tais pesquisas demonstram, que um dos principais fatores citados pelos professores, em relação a condições que afetam sua saúde, é a sobrecarga de trabalho e a multiplicidade de tarefas.

Para Constable e Russel (1986); Gil-Monte (1997); Maslach e Leiter (1997); Maslach et al. (2001); Ross e Russel (1989); Schaufeli (1999c, apud TRIGO, TENG, HALLAK, 2007, p. 231), o abandono psicológico e físico do trabalho pelo indivíduo acometido por burnout leva a prejuízos de tempo e dinheiro para o próprio indivíduo e para a instituição que tem sua produção comprometida.

Partindo da observação dessa realidade, uma série de questionamentos surgiu e apontou para a natureza complexa que envolve a função do professor. “Essa função, descrita acima como muito estressante, depende de condições de trabalho que atingem diretamente a saúde e que podem trazer, em muitos casos, agravos irreversíveis” (BATISTA, 2010, p. 19).

Através de uma pesquisa qualitativa, cujos objetivos foram: Investigar a Síndrome de Burnout em professores do Ensino Fundamental no Estado da Paraíba, Batista (2010) considera o tema como sendo um problema de saúde pública. O fato de a Síndrome de Burnout ser uma questão cada vez mais evidente no campo da Saúde do Trabalhador, de ser considerada atualmente uma epidemia no meio educacional e ter uma relação direta com fatores ambientais e subjetivos. Para Lima (2018), os efeitos em longo prazo (entre 10 a 15 anos de profissão) são: depressão; possibilidade de úlcera; hipertensão, alcoolismo, entre outros.

É premente a necessidade de pensar na saúde do trabalhador da educação, entender esse processo de saúde e doença dos professores do ensino fundamental, pensado em sua relação com o trabalho, defendendo como princípio resgatar o saber dos trabalhadores [...] exercitando o direito à informação e recusando trabalhos perigosos ou arriscados à saúde (GOMES, 2002). Mendes e Dias (1991, p. 347) complementam a argumentação afirmando que “a saúde do trabalhador considera o trabalho enquanto organizador da vida social, como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico” (BATISTA, 2010, p. 23).

Esse novo pensar pode ser caracterizado pelo desvelamento circunscrito de um adoecer e morrer dos trabalhadores, marcado por verdadeiras epidemias, tanto de doenças profissionais clássicas (intoxicação por metais e silicose), quanto de novas doenças

relacionadas ao trabalho. Como, por exemplo, as lesões por esforço repetitivo (LER) e a Síndrome de Burnout (BATISTA 2010, p.23).

De acordo com a pesquisa de Wiltenburg (2009), a Síndrome de Burnout traz consequências não só do ponto de vista pessoal, senão também do ponto de vista institucional. Nesse sentido, Trigo, Teng e Hallak (2007, p. 224) mostram que o desequilíbrio na saúde do profissional pode levá-lo a se ausentar do trabalho (absenteísmo), gerando licenças por auxílio-doença e a necessidade, por parte da organização, de reposição de funcionários, transferências, novas contratações, novo treinamento, entre outras despesas. Wiltenburg (2009) cita, na mesma linha de pensamento, o caso do absenteísmo, da diminuição do nível de satisfação profissional, aumento das condutas de risco, inconstância de empregos e repercussões na esfera familiar. Uma enfermidade como a síndrome de Burnout interfere diretamente na relação de ensino e aprendizagem, uma vez que causa danos aos professores na medida em que pode prejudicar o relacionamento com seus alunos, com seus pares e, conseqüentemente, traz consequências negativas capazes de comprometer a qualidade do trabalho pedagógico.

Benevides-Pereira (2012, p.156) destaca que, no “imaginário popular o fazer docente, é visto mais como uma vocação, uma missão a ser desempenhada, do que propriamente uma profissão”. Assim sendo, a remuneração do educador carrega consigo um atributo que se assemelha mais a uma “ajuda de custo” do que propriamente ao pagamento pelas atividades desenvolvidas. Se por um lado o professor é visto como alguém que desempenha uma atividade vocacional, “por outro perdeu sua autonomia, tendo que se submeter a dispositivos, métodos e normas dos quais não participou para seu estabelecimento e muitas vezes não concorda”.

Gomes (2002 apud, BENEVIDES-PEREIRA, 2012, p.157), comenta um informe da Organização Internacional do Trabalho (1981) que descreve um número crescente de estudos realizados em países desenvolvidos mostrando que os educadores correm o risco de esgotamento físico ou mental sob o efeito de dificuldades materiais e psicológicas associadas ao seu trabalho. Esteve (1999), através de sua pesquisa, também observou que estudos realizados sobre o trabalho docente em diversos países demonstraram a intensificação no trabalho, com o aumento de responsabilidades e exigências, como causadora de uma modificação do papel do professor, implicando uma fonte importante de mal-estar para muitos deles.

Gasparini et al (2005 apud BATISTA, 2010, p.34), ao investigar as condições de trabalho do professor e os efeitos sobre sua saúde, afirmaram que o papel do professor extrapolou a mediação do processo de conhecimento do aluno, o que antes era esperado. Dessa forma, ampliou-se a missão do profissional para além da sala de aula, a fim de garantir uma articulação entre a escola e a comunidade: o professor, além de ensinar, deve participar da gestão e dos planejamentos escolares (o que significa uma dedicação mais ampla), estendendo sua função às famílias e à comunidade. Codo (2002, p.42,130) citava que, no Brasil, no ano de 1999, os professores trabalhavam em péssimas condições e com poucos recursos. Mas eles sabiam da importância do seu trabalho e continuavam fazendo de tudo para ensinar seus alunos. Em um quadro como este, onde um trabalho tão essencial é feito em condições tão ruins, os profissionais acabam se desgastando emocionalmente.

Os tempos mudam mas parece que as políticas públicas para educação não evoluem. Segundo Carlotto (2002, p.24), embora o sucesso da educação dependa do perfil do professor, a administração escolar não fornece os meios pedagógicos necessários à realização das tarefas, cada vez mais complexas. Os professores são compelidos a buscar, então, por seus próprios meios, formas de requalificação que se traduzem em aumento não reconhecido e não remunerado da jornada de trabalho. Para Batista (2010, p. 106), “O professor reconhece o quanto a falta de assistência médica agrava seus problemas de saúde.” (Depoimento coletivo):

O professor não tem nem tempo nem dinheiro para ter um relaxamento, alguma técnica de relaxamento [Sic]. Eu acho que o maior peso é porque nós não temos um tempo profissional com atendimento. O profissional da educação trabalha com pessoas diferentes, então ele tem que ter um respaldo, é fato obrigatório que o professor tenha um atendimento diferenciado, porque tá tudo muquirana aí, tá tudo doente, não tem um profissional da educação que esteja sadio, não tem nenhum. Ele só recebe cobranças. Não existe uma política nenhuma pro professor. Vem verba pro aluno, curso pra “coisar” o aluno, para melhorar o aluno. Para o professor, nada, ninguém fala em nada para o professor. “Vamos colocar uma coisa, um relaxamento antes da aula pra ver se o professor...” Nada, nada para o professor. Tudo é o aluno, para o professor só cobrança e mais a sala de aula, só. É só olhar para aquele professor competente, que tem compromisso com a turma, que vem todos os dias, que não chega atrasado. Fica este sem nenhum, não tem política educacional nenhuma preocupada com a saúde do professor. Um plano de saúde, o professor não tem. Quando a gente quer

pagar um plano de saúde, não pode. Nenhuma instância, nem estadual, nem municipal, nem na própria escola é vista a questão da pessoa–professor, a pessoa-professor. O aluno, ele é pessoa: tem de ser respeitado, tem de ser ouvido, tem de ser o coitadinho. O professor, não, o professor é uma coisa (Discurso coletivo). ressado. Por que? Porque não estão cuidando dele, não cuidam do professor. Não tem um programa no Município, que eu conheça, na Paraíba, em município. (BATISTA, 2010, p.106)

6.3 Categoria 3 - Saúde do professor – Fatores de risco

A partir da consciência do que acontece consigo e do nível de estresse a que é acometido, o professor identifica no aluno, ou em sua relação com ele, a principal causa de estresse e, conseqüentemente, de adoecimento. Vários estudos realizados principalmente no Brasil por Barreto e Assunção (2005), Codo (2000); Esteve (1999), Gasparini et al. (1999;) se referem às dificuldades existentes na relação professor/aluno.

Houve uma inversão de valores e o respeito e a valorização que havia anteriormente por parte dos alunos foram substituídos por desrespeito, humilhação e muitas vezes, violência. A família, ao se omitir da sua função de educar, transfere para a escola toda sua responsabilidade com a criança. Conviver com o aluno diariamente em ambiente conflituoso e com equipe de trabalho insuficiente, também são fatores de aumento da carga e desgaste (REIS 2004, apud WILTENBUR, 2009, p. 105).

É possível, portanto, compreender o valor e a importância de um trabalho mais próximo ao professor, o que justifica o investimento em projetos que atendam não apenas à formação pedagógica do professor, mas também ao cuidado com sua saúde emocional. “As licenças-saúde ocultam um problema profissional desconhecido que é importante retirar da sombra” (CAMANA, 2007, p.119).

A falta de assistência médica também pode ser considerada um fator de risco para a profissão, pois, segundo Batista (2010, p105), “O professor reconhece o quanto a falta de assistência médica agrava seus problemas de saúde”.

Para Maslach e Leiter (1997, apud TRIGO; TENG; HALLAK, 2007, p. 230), [...] os indivíduos que estão neste processo de desgaste estão sujeitos a largar o emprego, tanto psicológica quanto fisicamente. Eles investem menos tempo e energia no trabalho, fazendo somente o que é absolutamente necessário e faltam com mais frequência. Além de

trabalharem menos, não trabalham tão bem. Trabalho de alta qualidade requer tempo e esforço, compromisso e criatividade, mas o indivíduo desgastado já não está disposto a oferecer isso espontaneamente. A queda na qualidade e na quantidade de trabalho produzido é o resultado profissional do desgaste.

Segundo Trigo, Teng e Hallak (2007, p. 230), acredita-se que características próprias do indivíduo podem estar associadas a maiores ou menores índices de Burnout. Outras situações são consideradas como fator de risco, para desenvolver a síndrome de Burnout, entre elas: abuso de álcool; suicídio; transtornos ansiosos e depressivos (ARRAZ, 2018, p.34).

6.4 Categoria 4 – Professores com problemas Psicológicos

Fatores psicológicos e comportamentais capazes de contribuir para o desenvolvimento do Burnout podem envolver: a escolha profissional equivocada, aptidões e características de personalidade gerando uma sensação de inadequação no trabalho, problemas pessoais, doenças, mudanças ou conflitos familiares, perdas, falta de preparo e competência para desempenhar seu papel, afastamento da família por excesso de trabalho, perdendo-a como fonte de apoio (WILTENBURG, 2009, p. 09).

Segundo Lima et al. (2003, apud LEVY; SOBRINHO; SOUZA, 2009), o conceito de carga mental ou cognitiva diz respeito ao resultado das inúmeras exigências que mobilizam os processos mentais do professor, ou de qualquer outro profissional, tais como atenção difusa, memória, tomada de decisão e percepção apurada dos fatos durante o contato com os alunos. Nesse ambiente, o professor é levado a tomar decisões múltiplas e diversificadas, em reduzido espaço de tempo, gerando tensão, insegurança e angústia.

Levy, Sobrinho e Souza (2009) citam que os resultados de pesquisas sobre a Síndrome de Burnout, de modo geral, apontam índices elevados de professores com problemas psicológicos, por acumularem várias funções na mesma atividade, com excessiva carga de responsabilidade, somada à desvalorização do magistério perante a sociedade. Esses resultados indicam também que as doenças evoluem de acordo com o tempo de serviço dos profissionais do magistério.

6.5 Categoria 5 Impactos na família dos professores

No estudo de Batista (2010), outra questão a ser analisada é a da família do professor que sofre também os impactos do adoecimento psíquico dele. As relações internas do núcleo familiar vão sendo minadas e as consequências contribuem negativamente sobre a saúde do professor. O autor descreve o seguinte depoimento na sua pesquisa:

E às vezes, o estresse é tão grande, assim, a nossa tarde é tão estressante, que nós que somos mães, né? Quando chegamos em casa, não temos mais paciência com nossos filhos. Descontamos ou no filho ou no marido, muitas vezes você descarrega a sua tarde todinha na família, quando o grau de estresse está muito alto. Porque eu me sentia num barco no alto mar, sem ter rumo, eu fiquei super mal. Hoje eu não consigo mais sair conversando, consigo, não. Quando eu saio... Eu não sou mais eu. Às vezes, falava alto, não era nem porque queria, era o estresse acumulado de anos e anos. Porque você chegar a se trancar, chorar, chorar, chorar, pra ninguém ver, é complicado (Discurso coletivo). (BATISTA, 2010, p.106)

A falta de atenção para com a família tem repercussão negativa. Para Daneluz (2016), a necessidade de cumprimento de outras atribuições presentes no cotidiano escolar agregadas ao atendimento dos alunos, o tempo para preparo de atividades que geralmente são específicas para suprir as particularidades de cada sujeito da educação são acrescidos a necessidade de atender a família de cada um deles assim como a própria família.

A família dos professores na outra extremidade do problema também sofre com a síndrome, pois as relações internas do grupo na maioria dos casos ficam abaladas, em casos extremos chegando ao divórcio dos casais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na pesquisa, constatou-se que há pouca produção na área de conhecimento sobre o tema Síndrome de Burnout na vida dos professores do Ensino Fundamental. Pesquisas foram realizadas e utilizou-se de um instrumento para sua avaliação, o Maslach Burnout Inventory (MBI), que é o mais utilizado em pesquisas no Brasil e a partir do qual foi possível constatar o desenvolvimento da Síndrome de Burnout entre os professores do Ensino Fundamental.

Fatores como a violência instalada no ambiente escolar, a jornada de trabalho excessiva, os baixos salários, a idade do professor associada à falta de experiência profissional e a escolha inadequada da carreira, a falta de formação continuada nas demandas educacionais

os aspectos ligados à rotina diária do professor, a má gestão de políticas educacionais, a infraestrutura material das escolas, o fato de ter de permanecer de pé em função das características da própria atividade ocupacional, associados à desvalorização da profissão são fatores estressores que atuam como agentes etiológicos da patologia.

Diante do exposto, cabe dizer que a síndrome de burnout afeta de forma significativa os professores do Ensino Fundamental, o mal-estar docente pode ser um desastre para o sistema de ensino, considerando que há a possibilidade de, no futuro, não haver pessoas interessadas em viver desta profissão.

Com base nos resultados da pesquisa, considerando que a síndrome de Burnout é um fenômeno psicossocial decorrente de estressores laborais resultantes das relações interpessoais, deve-se propugnar estratégias adequadas de enfrentamento que sejam capazes de prevenir o surgimento da patologia.

O desenvolvimento e o treinamento de habilidades psicológicas, intelectuais e sociais através de grupos de apoio forneceriam um reforço resiliência para a construção de relações interpessoais saudáveis.

Para que haja mudanças positivas, espera-se, das instituições, que adotem decisões baseadas em evidências científicas sobre a abordagem e o tratamento da Síndrome em comento. A busca por capacitar os profissionais da educação para lidarem com situações de conflito, nas quais é preciso dispor de equilíbrio para fazer frente às dificuldades apresentadas pela escola na atualidade, deve ser uma meta a ser alcançada pelas autoridades responsáveis pelas diretrizes do planejamento pedagógico. Destaca-se a necessidade da implementação de instrumentos de avaliação que, de forma vigilante, detectem a patologia para que se possa tratar os docentes de forma precoce.

REFERÊNCIAS

- [1] ARRAZ, Fernando Miranda. A Síndrome de Burnout em Docentes. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 03, ed. 06, v. 07, pp. 34 -47, jun., 2018. ISSN:2448-0959. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/7c6c/7f1ce1e7ea5bd9a97a69c3e8dab5e31eec57.pdf?_ga=2.39808864.238016148.1588723035-1072102769.1588723035. Acesso em: 07 abr. 2020.
- [2] BATISTA, Jaqueline Brito Vidal. **Síndrome de Burnout em professores do ensino fundamental**: Um problema de saúde pública não percebido, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10509>. Acesso em: 05 maio 2020.
- [3] BENEVIDES-PEREIRA, A M. T. **Burnout**: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 3ª Ed, 2010. Disponível em: <https://www.pearsonclinical.com.br/burnout-quando-o-trabalho-ameaca-o-bem-estar-do-trabalhador.html>. Acesso em: 05 maio 2020.
- [4] BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa, et. al. **O trabalho docente e o Burnout**: Um estudo em professores paranaenses. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2008/550_775.pdf. Acesso em: 05 maio 2020.
- [5] BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa. **Considerações sobre a síndrome de Burnout e seu impacto no ensino**. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000200005. Acesso em: 11 maio 2020.
- [6] CAMANA, Christiane. O Sofrimento “Externo” do Professor. In: POURTOIS, J.P., MOSCONI, Nicole (Orgs.) **Prazer, Sofrimento, Indiferença na Educação**. São Paulo: Edições Loyola, 2007.
- [7] CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S.G. Análise fatorial do Malasch Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000300018. Acesso em: 09 maio 2020.
- [8] CARLOTTO, Mary Sandra. A síndrome de burnout e o trabalho docente. **Psicologia em Estudo**, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000100005. Acesso em: 09 maio 20.
- [9] CODO, W. (Org.) **Saúde mental & trabalho**: Leituras. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 130-42.
- [10] CORBAL, Betyna Saldanha, **Síndrome de Burnout, síndrome do esgotamento profissional**, 2015 – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde - Ministério da Saúde – 2001; Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audi>

encias-publicas/audiencia-publica-2015/audiencia-10-12-manha/apresentacao-betyna. Acesso em: 15 maio 2020

- [11] CORDEIRO, Alexander Magno et al. Revisão sistemática: Uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, Dec. 2007. Disponível em: https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=CORDEIRO%2C+Alexander+Magno+et+al.+Revis%C3%A3o+sistem%C3%A1tica%3A+uma+revis%C3%A3o+narrativa.+Rev.+Col.+Bras.+Cir.%2C+Rio+de+Janeiro%2C+v.+34%2C+n.+6%2C+p.+428-431%2C+Dec.+2007.&btnG=. Acesso em: 15 maio 2020.
- [12] DANELUZ, Zeli Terezinha. **Ficha para identificação da produção didático-pedagógica – turma pde/2016.** Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2016/2016_pdp_edespecial_unicentro_zeliterezinhadaneluz.pdf. Acesso em: 19 maio 2020.
- [13] LEVY, Gisele Cristine Tenório de Machado; SOBRINHO, Francisco de Paula Nunes; SOUZA, Carlos Alberto Absalão de. **Síndrome de Burnout em professores da rede pública.** 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132009000300004 Acesso em: 11 maio 2020.
- [14] LIMA, Albery Ferreira; AMORIM, Fabiana; CAVALCANTE, Ligia. **Síndrome de Burnout & Assédio Moral.** 2018. Disponível em: http://sinpro-al.com.br/v2/wp-content/uploads/2018/05/BONECA_CARTILHA_REVISADA_final.pdf. Acesso em: 05 maio 2020.
- [15] MELO, Leandro Ferreira. **Políticas públicas educacionais, rotina escolar e adoecimento psíquico docente:** EBR - Educação Básica revista, Vol 5, nº 1, p.2, 2019. Disponível em: <http://www.laplageemrevista.ufscar.br/index.php/REB/article/view/359>. Acesso em: 04 maio 2020.
- [16] SANTINI, Joarez. **Síndrome do esgotamento profissional:** Revisão bibliográfica. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/2832>. Acesso em: 11 maio 2020.
- [17] SILVA, Maurina Passos Goulart Oliveira da. **A silenciosa doença do professor: Burnout, ou o mal-estar docente.** 2011. Disponível em: <https://www.unaerp.br/documentos/1464-161-454-1-sm/file>. Acesso em: 07 maio 2020.
- [18] TRIGO, Telma Ramos; TENG, Chei Tung; HALLAK, Jaime Eduardo Cecílio. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010160832007000500004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 02 maio 2020.
- [19] VIEIRA, Isabela, et al. **Burnout na clínica psiquiátrica:** Relato de um caso. 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300015. Acesso em: 08 abr. 2020.

- [20] WILTENBURG, Dinéa Cristina Distéfano. **Síndrome de Burnout**: Conhecer para prevenir-se, uma intervenção necessária, 2009. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2338-8.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

**OS ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS (EIDS) DE MULHERES
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL E A TERAPIA DO
ESQUEMA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO: Uma revisão
sistemática da literatura**

Luiza Caroline Dias Cerqueira¹

Dionéia Luciane Mendes²

Resumo: A violência contra a mulher é um problema complexo de saúde pública por causar danos graves à saúde física e psicológica, principalmente quando perpetuada dentro da relação conjugal. Portanto o objetivo do estudo foi elucidar a efetividade da terapia do esquema (TE) como possibilidade de intervenção e tratamento de mulheres que sofrem ou sofreram algum tipo de violência pelo parceiro íntimo, a partir da compreensão dos seus Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) e da dinâmica conjugal existente. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, em que a busca foi conduzida nas bases de dados SciELO, PePSIC-BVS, PubMed e Google Acadêmico e livros acerca do tema. Foram utilizados 9 artigos científicos como centrais ao estudo, publicados entre 2012 e 2021. Taxas mais elevadas dos EIDs são encontradas em mulheres que vivenciam relações amorosas abusivas, perpetuadas pela química esquemática e a TE tem se mostrado uma intervenção eficaz no tratamento dessas mulheres, através da combinação das suas técnicas cognitivas, experimentais, comportamentais e relacionais.

Palavras-chave: Violência conjugal. Violência contra a mulher. Relações Abusivas. Esquemas Iniciais Desadaptativos. Terapia do Esquema. Terapia cognitivo-comportamental. Efetividade.

Abstract

Violence against women is a complex public health problem and causes serious

¹ Graduanda em Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC);

² Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Osório. Docente do Curso de Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

damage to physical and psychological health, especially when perpetuated within the marital relationship. Therefore, the objective of this study was to elucidate the effectiveness of schema therapy (ST) as a possibility of intervention and treatment for women who suffer or have suffered intimate partner violence, from the understanding of their Initial Maladaptive Schemas (ISD) and the existing marital dynamics. This is a systematic literature review, with search conducted with the databases Google Academic, SciELO and PePSIC-BVS and books on the subject. Nine scientific articles were used as central to the study, published between 2012 and 2021. Higher rates of EIDs are found in women who experience abusive love relationships, perpetuated by schematic chemistry, and ET has been shown to be an effective intervention in the treatment of these women, through the combination of its cognitive, experiential, behavioral, and relational techniques

Keywords: Spousal violence. Violence against women. Abusive Relationships. Early Maladaptive Schemas. Schema Therapy. Cognitive behavioral therapy. Effectiveness.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é uma questão que tem expandido seu espaço de discussão na sociedade, é visto como um problema de saúde pública e de preocupação da psicologia devido aos seus altos índices de ocorrência, principalmente nas relações conjugais. Em todo o mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 30% das mulheres que estiveram em um relacionamento relatam terem sofrido alguma violência física e/ou sexual durante a vida e 38% dos feminicídios foram cometidos pelo parceiro íntimo (BRASIL, 2017). No Brasil, os números seguem uma crescente alarmante: em 2017 mais de 221 mil mulheres foram em busca de delegacias de polícia para registrar episódios de agressão resultantes da violência doméstica e no mesmo ano foi registrada a ocorrência de 13 assassinatos por dia, caracterizando o maior número registrado desde 2007 (CERQUEIRA et. al., 2019).

Relacionamentos permeados por violência podem causar às mulheres danos graves tanto de ordem física quanto psicológica, portanto o presente estudo se mostrou relevante para melhor compreender os fatores psicológicos presentes e a permanência das vítimas no ciclo da violência, visto que apesar do aumento dos estudos sobre o tema ainda persistem muitas dúvidas e urgência quanto à intervenção para modificação desse cenário.

Entendeu-se para esta pesquisa que a Terapia do Esquema (TE) de Jeffrey Young tem muito a contribuir através da sua teoria e prática, onde se buscou aprofundamento do conceito de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), provenientes das experiências primárias na formação da personalidade e que possuem influência direta nas escolhas da vida adulta, incluindo as escolhas de parceiros e o modo de se relacionar (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

O presente estudo teve como objetivo elucidar a efetividade da terapia do esquema como possibilidade de intervenção e tratamento de mulheres em situação de violência conjugal, assim como compreender quais são os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) predominantes em mulheres que se envolvem em relacionamentos permeados por violência e esclarecer a dinâmica dos relacionamentos disfuncionais caracterizados pela violência conjugal.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A violência contra a mulher

A violência contra as mulheres é considerada uma forma de violência de gênero, visto que ela se direciona ao gênero feminino como seu alvo em decorrência da desigualdade histórica e social entre mulheres e homens, possuindo como base a manutenção de papéis sociais impostos entre estes. A questão de gênero possui associação com a violência difundida no ambiente doméstico, posto que as normas sociais naturalizam os comportamentos violentos e machistas do homem e colocam o feminino como submisso (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015). Assim, a violência doméstica integra uma construção histórica de poder do homem sobre a mulher que resulta enfaticamente nas mulheres como as principais vítimas de violência doméstica (BALDISSERA et. al., 2021).

As Nações Unidas definem a violência contra as mulheres como "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais e/ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada" (BRASIL, 2017)

Apesar da aparente urgência do fenômeno, foi apenas em 2002 que a violência contra a mulher passou a ser considerada pela Organização Mundial da Saúde como um grave problema de saúde pública e uma das formas de violação dos direitos humanos (CURIA et. al., 2020). No Brasil, foi promulgada em 2006 a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que tem o objetivo de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo medidas de assistência e proteção à ela (BRASIL, 2006). Tal lei prevê as diferentes formas de violência em física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

A violência física designa-se como qualquer ato que fira a integridade física da vítima; a violência psicológica ocorre como qualquer conduta que resulte em dano emocional e baixa autoestima, que objetive degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões através de diferentes atitudes; a violência sexual se dá por quaisquer atos que a constranja a presenciar, manter ou participar de relação sexual indesejada, quando tem seus direitos sexuais e reprodutivos limitadas por algum meio ou que seja forçada a prostituição, gravidez ou matrimônio; a violência patrimonial é compreendida como qualquer ato que implique em reter ou destruir documentos pessoais, bens, instrumentos de trabalho e recursos econômicos da mulher; por fim, a violência moral é classificada como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

O mais comum é que os diferentes tipos de violência ocorram de forma simultânea, dificilmente se dão de forma isolada por àquele que as comete contra suas vítimas. As lesões geradas à mulher que sofre a violência são muitas, não constituindo apenas o corpo como resultado dessas agressões. Por exemplo, Frazão et. al. (2020) alertam para a provocação de danos emocionais, redução na produtividade, absenteísmo laboral, perda de emprego, isolamento social e até a morte. Frequentemente tais atos de violência são perpetuados pelos cônjuges, caracterizado pelo comportamento de um parceiro ou ex-parceiro que venha a causar danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamento de controle (BRASIL, 2017).

Quando provocada pelo parceiro e dentro da própria residência caracteriza-se como degradante, pois vem de uma pessoa com quem a vítima possui ou possuía uma relação de intimidade e afeto, além de ocorrer em ambientes que deveriam ser locais de conforto e acolhimento (FRAZÃO et. al., 2020), até que se tornam cenários de medo e insegurança. A mulher, quando vítima de violência doméstica, tem sua saúde prejudicada em diferentes âmbitos e intensidade.

Quando a saúde física é um dos alvos podem gerar consequências danosas, como: cardiopatias, acidentes vasculares, hipertensão arterial, dores crônicas, problemas intestinais e fibromialgia; quanto à saúde sexual e reprodutiva, é possível encontrar disfunção sexual, doença inflamatória pélvica, infecções sexualmente transmissíveis e infertilidade (LOURENÇO; COSTA, 2020). Os autores supracitados ainda destacam os prejuízos psicoemocionais: estresse, depressão, ansiedade e distúrbios de sono. Em consonância, segundo Diniz (2017), parte dessas mulheres são levadas a desenvolver Transtorno de Estresse

Pós-Traumático (TEPT), apresentando sintomas característicos como o medo e ansiedade generalizados, sentimentos de evitação e de constrição afetiva. Neste contexto da saúde mental, é comum ainda que apresentem dúvidas sobre a sua competência e eficácia pessoais, baixa autoestima e um sentimento de impotência (DINIZ, 2017).

Dos processos de adoecimento psíquico desencadeado pelo convívio em uma relação permeada por violência, como o já citado TEPT, o mais comum é a depressão, resultando em sintomas de tristeza profunda, angústia, desânimo, alteração comportamental e até tentativas de suicídio (FRAZÃO et. al., 2020).

A literatura tem exposto que a violência mais prevalente nas relações conjugais contra mulheres é a psicológica, sendo que frequentemente não é percebida como forma de agressão pelas vítimas, conseqüentemente muitas acabam a aceitando e convivendo (LOURENÇO; COSTA, 2020), mesmo que lhe cause grande sofrimento interno e que, na maioria das vezes, acaba levando a outras formas de violência, principalmente a física e sexual.

2.2 A dinâmica dos relacionamentos abusivos

A dinâmica dos relacionamentos abusivos pode ser altamente destrutivo a quem sofre, sendo caracterizada por um poder excessivo sobre o cônjuge, acompanhado da vontade de controlar e dominar este, cujo assume a função de satisfazer os desejos e vontades do outro (NASCIMENTO; SOUZA, 2018). A violência contra um parceiro íntimo pode ser praticada tanto pelo homem quanto pela mulher, porém a mulher é a principal vítima, visto que os números de casos são alarmantes.

A violência a que a mulher é submetida, independente do tipo, inicia-se sutilmente na maioria das vezes. Por exemplo, podem passar de comentários e brincadeiras a princípio inofensivas para demonstrações de ciúmes patológico, chantagens, espancamentos e até mesmo terminar em feminicídio (NASCIMENTO; SOUZA, 2018). No estudo realizado por Carneiro et. al. (2019) com 29 mulheres vítimas de violência conjugal foi revelado, pelos dados coletados, que o contexto da violência vivenciado por elas ocorre de forma cíclica e também progressiva. O início pode ocorrer com expressões veladas da violência, como o ciúmes, controle, humilhações e isolamento social da mulher, evoluindo para expressões mais explícitas, onde há uso da força física, até resultar em eventos mais graves, por exemplo enforcamentos e socos no corpo; logo após o agressor costuma se mostrar arrependido e faz

promessas de mudança do comportamento, porém esse ciclo costuma se repetir em intervalos mais curtos e com eventos mais graves (CARNEIRO et. al., 2019).

O ciclo da violência é um dos fatores que contribuem para a permanência da mulher nos relacionamentos abusivos, pois costumam acreditar em uma mudança real do companheiro, muitas vezes sequer percebem a dinâmica abusiva do relacionamento e o ciclo de funcionamento no qual estão envolvidas. O autor Hirigoyen (2006) retrata que a violência conjugal costuma operar através do chamado ciclo da violência, o qual perpassa por quatro fases que tendem a aumentar o risco para a vítima a cada vez que se repete.

A primeira fase é o aumento da tensão, onde a agressão normalmente se dá de forma mais implícita, por exemplo por agressões verbais, manipulações sutis e uso do tom de voz visando que a mulher sintase culpada por estar aborrecendo seu cônjuge, o que faz com que ela busque formas de o tranquilizar e o agradar (HIRIGOYEN, 2006).

Na segunda fase se qualifica pela ocorrência ou explosão da agressão, momento em que o parceiro perde o controle, podendo gritar, ofender, intimidar ou quebrar coisas até chegar na violência física, por exemplo, com tapas e empurrões, inclusive pode fazer uso da violência sexual ao forçar relações íntimas como uma forma de dominação (HIRIGOYEN, 2006). Nesta fase dificilmente a mulher reage, por medo de piorar as atitudes que já vinha tentando acalmar desde a fase anterior, temendo pela própria vida.

Após, têm-se as fases em que os ânimos se acalmam, porém com o intuito de controle e manipulação da mulher por parte do parceiro íntimo. A terceira fase é caracterizada pelas desculpas, onde o autor da violência busca se isentar da culpa, esquivando-se das responsabilidades de suas atitudes e as justificando como sendo de responsabilidade da vítima ou por fatores externos, como a bebida, estresse laboral e raiva, assim solicita o perdão e faz promessas sobre o fim de suas atitudes violentas. (HIRIGOYEN, 2006; NASCIMENTO; SOUZA, 2018).

Por fim, a quarta fase: a lua de mel. Momento em que o autor da violência aparenta ter mudado seu comportamento, assumindo uma postura contrária das fases iniciais com o objetivo de acalmar a companheira, gerando esperanças nela sobre uma real mudança e que as violências não mais se repetirão (HIRIGOYEN, 2006; NASCIMENTO; SOUZA, 2018). Outros autores citam apenas três fases do ciclo da violência, em que as desculpas estariam englobadas pela fase da lua de mel, mas independente disso, é importante compreender que cada vez mais o funcionamento violento das relações aumentam em intensidade e frequência,

resultando em uma espiral de violência que se afunila, onde os período da lua de mel diminuem e os de tensão aumentam.

2.3 A Terapia do Esquema

A terapia do esquema (TE) foi desenvolvida por Jeffrey Young com o intuito de esta ser, segundo o próprio autor e colegas (2008), uma abordagem sistemática para ampliar a terapia cognitivo-comportamental. É considerada uma proposta inovadora e integradora, pois ela junta elementos, além da cognitivo-comportamental, de outras escolas: do apego, da gestalt, de relações objetais, construtivista e psicanalítica, integrando-os em um modelo próprio de conceitos e de tratamento rico e unificador (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Inicialmente a referida abordagem surgiu como um meio de tratar os casos mais refratários que a terapia cognitivo-comportamental não vinha possuindo aporte teórico-técnico suficientes, principalmente aos Transtornos de Personalidade. As teorizações de Jeffrey Young sobre os transtornos de personalidade contribuem para um maior entendimento dos aspectos da personalidade normal e/ou patológica, por exemplo “a relação entre aprendizagem e genética, os aspectos cronológicos relativos à evolução da identidade pessoal, bem como o efeito das experiências continuadas com cuidadores e figuras de afeto na infância” (WAINER, 2016).

Para além dos casos mais graves, a TE tem se mostrado eficaz como estratégia interventiva para diversos outros, expandindo-se também para outras modalidades de psicoterapia, como as grupais e de casais. Ela representa um avanço no entendimento do desenvolvimento humano a partir de sua base explicativa das necessidades psíquicas básicas que, em teoria, devem ser sanadas desde a primeira infância até a adolescência, onde são os pais e/ou cuidadores os responsáveis por atendê-las, permitindo um desenvolvimento psíquico saudável ao indivíduo (WAINER; RIJO, 2016; OLIVEIRA; BERGAMINI, 2018), caso o inverso ocorra e essas necessidades básicas não sejam atendidas podem desencadear um desenvolvimento psíquico prejudicial e desadaptativo ao sujeito.

O grau de gratificação das necessidades emocionais básicas somada aos fatores de temperamento emocional (herdado pela genética familiar) e às experiências sistemáticas nos relacionamentos afetivos infantis poderão desenvolver os Esquemas Iniciais Desadaptativos

(EIDs). Os EIDs são definidos como padrões emocionais e cognitivos auto derrotistas que iniciam cedo no desenvolvimento humano e são repetidos ao longo da vida, formando um conjunto de crenças nucleares que estabelecem padrões comportamentais, cognitivos e emocionais a fim de lidar com essas crenças causadoras de sofrimento emocional (WAINER; RIJO, 2016; YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

As necessidades básicas a serem satisfeitas na infância e adolescência se dividem em cinco: 1) Vínculo seguro; 2) Autonomia; 3) Limites realistas; 4) Liberdade de expressão e aprovação por parte do outro; e 5) Espontaneidade e lazer. Os 19 EIDs encontrados pela TE estão agrupados em cinco categorias chamadas de Domínios Esquemáticos (DE), estes correspondem a cada uma das cinco necessidades quando não satisfeitas (BARBOSA et. al., 2019; WAINER; RIJO, 2016; YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Respectivamente às necessidades básicas e junto aos seus EIDs associados, os domínios esquemáticos desadaptativos são:

1º domínio: Desconexão e rejeição (EIDs de abandono, privação emocional, defeito/vergonha, abuso/desconfiança, isolamento social/alienação e indesejabilidade social);

2º domínio: Senso de autonomia e competência prejudicados (EIDs de fracasso, vulnerabilidade, dependência/incompetência e emaranhamento);

3º domínio: Limites prejudicados (EIDs de autocontrole e autodisciplina insuficientes e grandiosidade/merecimento);

4º domínio: Orientação para o outro (EIDs de subjugação, auto sacrifício e busca de aprovação/reconhecimento);

5º domínio: Supervigilância e inibição (EIDs de inibição emocional, padrões inflexíveis/hiper criticidade, negativismo/pessimismo e caráter punitivo). Logo, compreende-se que as diferentes experiências na infância possuem papel central na formação da personalidade normal ou patológica. Desta forma, se as necessidades básicas não forem minimamente supridas poderá ocorrer a formação dos EIDs e o desenvolvimento de crenças disfuncionais, geradas como forma de justificar a hostilidade ou carência do meio em que viveu a criança ou o adolescente (WAINER, 2016). Os esquemas desenvolvidos são responsáveis por distinguir e condensar as informações, e estimulando o modo de responder às situações que surgem, o que envolve os sentimentos e pensamentos conforme a significação pessoal (OLIVEIRA; BERGAMINI, 2018).

3 MÉTODO

O presente estudo foi de caráter qualitativo e o método utilizado foi a revisão sistemática da literatura acerca dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) das mulheres em situação de violência conjugal e da Terapia do Esquema como uma estratégia de intervenção. Foi seguido basicamente os 7 passos a seguir: 1) formulação da pergunta; 2) localização e seleção dos estudos relevantes; 3) avaliação crítica dos estudos; 4) coleta de dados; 5) análise e apresentação dos dados encontrados; 6) interpretação dos dados e 7) aprimoramento e seguimento da revisão.

3.1 Estratégia de Busca

A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases eletrônicas: Biblioteca virtual de Saúde (BVS), Scielo, PubMed e google acadêmico. Artigos relevantes também foram buscados nas referências dos estudos usados para o embasamento crítico dessa proposta de revisão. Os “termos chave” utilizados na busca foram os seguintes: (1) terapia cognitivo-comportamental; (2) terapia individual; (3) violência contra a mulher. Criou-se uma lista de descritores para cada termo (ver tabela 1) e a busca final foi feita com uma intersecção entre as três listas. Além disso, utilizou-se de livros relevantes ao tema.

Tabela 1. Lista de descritores.

1) terapia cognitivo-comportamental	2) terapia individual	3) violência contra a mulher
terapia do esquema	terapia individual	violência contra a mulher
terapia cognitivo-comportamental	terapia do esquema individual	violência conjugal
terapia cognitiva	psicoterapia individual	violência por parceiro íntimo
psicoterapia cognitiva	intervenção individual	violência doméstica
modificação comportamental	terapia cognitivo-comportamental individual	violência de gênero
terapia de condicionamento	terapia cognitiva individual	relações abusivas
terapia comportamental	modificação comportamental individual	
tcc	individual	
te	individual	
esquemas iniciais desadaptativos	terapia de condicionamento individual	
eids	individual	
	terapia comportamental individual	

3.2 Seleção dos estudos

A seleção dos artigos ocorreu em duas etapas. Na 1ª etapa, o resumo de cada artigo encontrado na busca inicial às bases de dados foi lido e um parecer sobre a inclusão ou não do artigo na revisão foi emitido, em casos que o resumo não tornou possível a emissão de parecer, a decisão por incluir ou não tal artigo foi através da leitura do texto na íntegra. Também foram selecionados livros relevantes ao tema.

3.2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram os seguintes: (1) o artigo ter sido publicado em periódico científico; (2) os sujeitos serem mulheres que se encontram ou estiveram em situação de violência conjugal; (3) pelo menos um dos protocolos de tratamento dos estudos ser de modalidade individual; (4) o próprio artigo classificar as intervenções de algum de seus protocolos como comportamentais, cognitivos comportamentais e de esquema; (5) o foco do tratamento ser as mulheres vítimas de relacionamentos abusivos e (6) estar publicado na língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

3.3 Coleta e Análise dos dados

Após a definição dos estudos a serem utilizados na revisão, foi realizada a leitura na íntegra, avaliação da qualidade metodológica e a coleta dos dados relevantes dos artigos selecionados. Após, os achados de cada artigo foram cotejados em tabela única onde informações como, autor/ano/país, objetivos do estudo, método e principais resultados serão apresentados (ver Tabela 2).

4 RESULTADOS

Tabela 2. Características básicas dos estudos.

Título	Autor/ Ano	Amostra	Objetivo do estudo	Método	Principais resultados do estudo
Contribuições da Terapia do Esquema em Relacionamentos Conjugais Abusivos: Uma Revisão Narrativa	BALDISSERA, Daniela; PAIM, Kelly; PREDEBON, Betina Número ; FEIX, Leandro da Fonte. 2021.		Revisar as contribuições da Terapia do Esquema (TE) nos relacionamentos amorosos que apresentam violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo.	Revisão narrativa da literatura.	A TE oferece sustentação teórica para analisar a influência de padrões esquemáticos nos relacionamentos abusivos. A permanência em um relacionamento conjugal abusivo e a escolha do parceiro íntimo podem estar associados à manutenção de um esquema. Faz-se necessário intervenção psicológica direcionada à modificação dos EIDs em associação ao estabelecimento de medidas legais de proteção.

Estilos de enfrentamento, Esquemas	MOMENE, Janire et. al. 2021.	657 mulheres de população	Delimitar os fatores de risco: estilos de	Estudo quantitativo	Os estilos de enfrentamento com maior prevalência foram pensamento “desiderativo”, isolamento social e autocrítica. Nos sintomas psicopatológicos surgiram a depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal, obsessão-compulsão e ideação paranóide, assim como esquemas de abandono e subjugação. A partir desses fatores foi possível explicar parte da relação entre dependência emocional e permanência em relacionamentos violentos.
A Violência Doméstica Contra Mulheres: Contribuição da Terapia Cognitivo Comportamental na Intervenção	MARTINS, Grasiela B.; NOBRE, Natalia K. S.; MARTINS, Marias das Graças T. 2021.		Analisar a violência doméstica, o sofrimento psíquico em mulheres vítimas e as contribuições da terapia cognitivo-comportamental na intervenção psicoterapêutica.	Pesquisa bibliográfica e exploratória	A violência causa transtornos psicopatológicos às vítimas, comprometendo sua autoestima e apresentando sintomas de depressão, pensamentos, tentativas de suicídio e estresse pós-traumático. A terapia cognitivo-comportamental apresenta métodos e técnicas para auxiliar essas mulheres, contribuindo para seu empoderamento e redução dos sintomas.
Comparison of the Effectiveness of the	FARSHIDMANESH,	36 mulheres selecionadas entre	Comparar a eficácia da educação da terapia	Estudo quase experimental	Não houve diferença significativa entre a terapia do esquema e de atenção plena sobre a

<p>Schema Therapy Training and Mindfulness on Intimacy, Commitment, and Happiness of Women with Couple Burnout/ Comparação da eficácia do treinamento da terapia do esquema e da atenção plena na intimidade, comprometimento e felicidade de mulheres com esgotamento conjugal.</p>	<p>Forough et. al. 2019.</p>	<p>as que foram encaminhadas para a associação de caridade Baghi Yato Allah Al-Azim de Khomeini Shahr em 2018, com esgotamento de casal.</p>	<p>do esquema e a atenção plena na intimidade do casal, compromisso e felicidade das mulheres com esgotamento de casal.</p>	<p>pré-teste-pós-teste. Amostra aleatoriamente distribuída em 3 grupos: terapia de esquema (12 indivíduos), mindfulness (12) e grupo-contrôle (12).</p>	<p>intimidade, mas houve quanto ao comprometimento e a felicidade do casal. Foi possível concluir que as terapias utilizadas no estudo podem aumentar o nível de intimidade, comprometimento e felicidade do casal.</p>
<p>Domínios Esquemáticos Apresentados por Mulheres em Situação de Violência Conjugal.</p>	<p>BARBOSA, Thamires Pereira et al. 2019.</p>	<p>Participaram do estudo 16 mulheres, maiores de 18 anos, em situação de violência conjugal e atendidas no Plantão Psicológico de uma Delegacia</p>	<p>Identificar domínios esquemáticos e tipos de violência sofrida em um grupo de mulheres</p>	<p>Estudo quantitativo e qualitativo de delineamento transversal.</p>	<p>Os tipos de violência mais sofridos foram a psicológica e física. O domínio Desconexão/rejeição foi o mais pontuado na amostra, seguido dos domínios Supervigilância/inibição; Autonomia e desempenho prejudicados; Direcionamento para o outro; e por fim o domínio de limites prejudicados. Os autores destacam que os resultados estão limitados ao tamanho</p>

		Especializada de Atendimento à Mulher, localizada no Rio Grande do Sul.			pequeno da amostra, mas que sugerem haver EID's comuns entre essas mulheres.
Terapia Cognitivo-Comportamental para mulheres que sofreram violência por seus parceiros íntimos: Estudos de casos múltiplos.	HABIANING, Luisa F.; PETERSEN, Mariana G. F.; MACIEL, Luiza Z. 2019.	4 mulheres com histórico de violência conjugal, com sintomas de depressão, ansiedade, estresse e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).	Descrever o processo e o resultado de um protocolo de intervenção cognitivo-comportamental para mulheres que sofreram violência por parte do parceiro íntimo, por meio de estudos de caso.	Estudos de casos descritivos de intervenção terapêutica.	As técnicas utilizadas foram adequadas para reduzir os sintomas, apresentando evidências iniciais de efetividade de um protocolo de TCC para o tratamento de mulheres em situação de violência doméstica.
Esquemas Desadaptativos De Mulheres Em Relacionamentos Abusivos: Uma Discussão Teórica	OLIVEIRA, Aline Martins de; BERGAMINI, Gésica Borges. 2018.		Elucidar as influências das relações primárias sobre os esquemas desadaptativos das vítimas de relacionamentos abusivos.	Revisão de literatura a partir de vinte materiais bibliográficos para sua produção.	As relações primárias fragilizadas sugestionam as relações secundárias e os respectivos comportamentos desadaptativos das vítimas de relacionamentos abusivos como alguns comportamentos pelas mesmas apresentadas na manutenção da relação abusiva.

Relações Abusivas: Um olhar cognitivo-comportamental.	NASCIMENTO, Elaide dos Santos; SOUZA, Kellen Verena de. 2018.		Analisar quais os fatores (esquemas) que levam a mulher a permanecer na relação abusiva.	Revisão da literatura. Estudo qualitativo.	Verificou-se que sair de uma dinâmica relacional permeada por violência é um desafio e vai muito além de uma mera escolha que a mulher precisa fazer, envolvendo recursos intrínsecos presentes em cada uma.
Esquemas iniciais desadaptativos na violência conjugal.	PAIM, Kelly; MADALENA, Marcela; FALCKE, Denise. 2012.	163 sujeitos de ambos os sexos, casados ou com união estável.	Investigar a correlação entre a violência conjugal e os Esquemas Iniciais Desadaptativos, assim como a correlação entre os esquemas e as habilidades de negociação.	Delineamento correlacional (dados analisados através de análise de correlação de Pearson).	Verificou-se uma relação positiva e significativa ($p < 0,05$) entre violência conjugal e os esquemas de desconfiança/ abuso, isolamento social/alienação, defectividade/vergonha, dependência/incompetência, emaranhamento, auto-sacrifício, padrões inflexíveis, grandiosidade/arrogância, autocontrole/ autodisciplina insuficientes e postura punitiva.

A tabela 2 apresenta os artigos científicos que foram selecionados como os mais significativos de acordo com a temática e que estão divididos nas seguintes categorias: título, autor/ano de publicação, amostra, objetivo do estudo, método e principais resultados e conclusões do estudo. Buscou-se manter como artigos principais aqueles publicados a partir do ano de 2018, mantendo-se apenas um do ano de 2012 por ter sido considerado uma publicação de suma importância ao presente estudo e que traria maior riqueza à discussão dos dados encontrados.

No estudo realizado por Baldissera et. al. (2021) o objetivo foi constatar o que a Terapia de Esquemas (TE) tem de inovador para contribuir no entendimento da manutenção de esquemas em relacionamento íntimos permeado por violência contra a mulher, assim como

averiguar as possíveis intervenções clínicas baseadas em tal abordagem. A dinâmica conjugal pode ser compreendida através da química esquemática (PAIM, 2019), onde os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) influenciam a forma de se relacionar com o outro: a ativação dos EIDs interfere nas escolhas amorosas e na permanência em relacionamentos abusivos, colaborando na manutenção dos EIDs. A TE tem recursos para compreender essa dinâmica nas relações interpessoais, sendo um dos seus objetivos a mudança da cognição e comportamentos que influenciam na qualidade dos relacionamentos, também auxilia que o indivíduo passe a ter consciência dos seus EIDs e processos esquemáticos, o que corrobora para melhores escolhas pessoais e de relacionamentos amorosos.

A pesquisa de Farshid Mahesh et. al. (2021) teve o propósito de determinar se há alguma diferença entre a eficácia da terapia do esquema e da atenção plena na intimidade, compromisso e felicidade do casal em mulheres que estejam passando por *couple burnout* (esgotamento conjugal). O *couple burnout* nesse estudo é compreendido como uma perda gradual do apego emocional que envolve a redução da atenção ao cônjuge, alienação emocional, um maior sentimento de desapontamento e desinteresse. Os aspectos mencionados de intimidade, compromisso e felicidade são considerados fatores essenciais para a manutenção de uma relação satisfatória do casal. A terapia do esquema se mostra eficaz na redução do *couple burnout*, pois trabalha com os EIDs provenientes das relações íntimas primárias que foram insuficientes, com as memórias infanto-juvenis que levam a percepções distorcidas e com o pensamento irracional dos casais, estando relacionados diretamente com a satisfação e redução de conflitos.

O objetivo dos autores espanhóis, Momeñe et. al. (2021), foi analisar a relação entre os fatores de estilo de enfrentamento, esquemas desadaptativos e sintomatologia psicopatológica como preditores a vulnerabilidade das mulheres de desenvolverem dependência emocional quanto a um parceiro abusivo. Ao verificar tais relações foi avaliado se esses fatores atuam como mediadores na relação entre dependência emocional e violência. Taxas mais elevadas dos EIDs têm sido relatadas em mulheres vítimas de violência conjugal ao comparar com aquelas que não o são, o mesmo se aplica às que apresentam dependência emocional; também nota-se associação à sintomatologia patológica de baixa auto-estima, depressão, ideação suicida e ansiedade na permanência em relacionamentos abusivos e os sintomas de obsessão-compulsão, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação paranóide, baixa auto-estima e oscilações emocionais na dependência emocional.

Martins, Nobre e Martins (2020) tiveram como objetivo apresentar uma análise sobre os tipos de violência contra as mulheres, o sofrimento ocasionado a elas e a contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na intervenção terapêutica. Foi constatado que a violência doméstica às mulheres pode provocar sofrimento psicológico e se agravar até uma psicopatologia, as mais encontradas são: ideação suicida, depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (TEPT). A TCC tem como intuito propiciar estratégias e técnicas focadas na resignação de eventos traumáticos, assim como reduzir sintomas de depressão, ansiedade e TEPT, o que se dá através da sua capacidade de correção dos pensamentos e crenças disfuncionais, resultando na melhora emocional e comportamental da vítima.

Na pesquisa de Barbosa et. al. (2019) os autores tiveram o propósito de identificar os domínios esquemáticos e os tipos de violência sofrida pelas mulheres em situação de violência conjugal que buscaram atendimento em uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) do interior do Rio Grande do Sul. Os pesquisadores destacam a carência de estudos que buscam compreender o papel das crenças disfuncionais que a mulher possui sobre o agressor e sobre si mesma, o que pode levar à naturalização do ciclo de violência. Essas crenças possuem relação com os EIDs e podem ser consideradas obstáculos para que a mulher consiga romper com o agressor, de forma que o acesso aos Domínios Esquemáticos mais ativos auxilia na compreensão do ciclo da violência e a dificuldade de romper com a relação.

O objetivo do estudo feito por Habigzang, Petersen e Maciel (2019) possuiu como objetivo descrever o processo e o resultado de um protocolo de intervenção cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência através de quatro estudos de caso. Avaliou-se o impacto da intervenção realizada ao comparar níveis de ansiedade, depressão e estresse antes e depois do processo terapêutico, concluindo que os objetivos foram atingidos com a aplicação do protocolo de TCC, gerando nessas mulheres um entendimento maior sobre o comportamento dos cônjuges e a reestruturação das crenças relacionadas às situações vividas nesses relacionamentos disfuncionais.

Através da pesquisa de Oliveira e Bergamini (2018) foi elucidado as influências das relações primárias sobre os EIDs das vítimas de relacionamentos abusivos. Uma das premissas da TE é que as experiências primárias traumáticas constituem crenças disfuncionais, o que irá influenciar nas futuras relações interpessoais do indivíduo, principalmente de caráter íntimo, ou seja, os EIDs exercem influência na escolha do parceiro e no modo de se relacionar. Os EIDs das mulheres que estão ou estiveram em um relacionamento abusivo se relacionam com

relações primárias frágeis, deixando-as suscetíveis a opressão e consequências da violência sofrida, o que favorece dois pontos: a permanência nesse tipo de relacionamento e a repetição do mesmo padrão em outras relações.

Nascimento e Souza (2018) colocaram como propósito do estudo analisar quais fatores (esquemas) que influenciam na permanência da mulher em um relacionamento abusivo, tal compreensão oportuniza uma redução de estigmas presentes na sociedade, visando um olhar mais compreensivo e menos discriminatório quanto à dificuldade de romper com o parceiro abusador. Fatores sociais (condição de mulher) e/ou psicológicos (personalidade ou histórico pessoal) podem estar presentes nesse fenômeno que afeta as defesas da mulher ou mesmo sua percepção de que está em uma relação violenta.

As pesquisadoras Paim, Madalena e Falcke (2012) colocam em evidência a relação entre os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) e a violência conjugal à partir de uma pesquisa empregada com 163 adultos de ambos os sexos e que estivessem casados ou em união estável. Associando a perpetração da violência e os EIDs se observou uma relação significativa entre os esquemas de isolamento social, defectividade/vergonha e dependência/incompetência; enquanto a vitimização (violência sofrida) foi associada aos esquemas de postura punitiva e padrões inflexíveis. Em ambas as situações (perpetração e vitimização) se identificou esquemas de desconfiança/abuso, emaranhamento, auto sacrifício, grandiosidade/arrogância e autocontrole/autodisciplina insuficientes. Sobre as habilidade de negociação dentro da relação se correlacionou negativamente aos esquemas de privação emocional, defectividade/vergonha, de fracasso e emaranhamento, subjugação, autocontrole/autodisciplina insuficientes e auto sacrifício.

5 DISCUSSÃO

A violência contra a mulher é extremamente prejudicial a sua saúde física e emocional, um agravante deste fenômeno é quando praticada dentro da relação conjugal, pois a mulher costuma depositar sua confiança e afeto no outro, envolvendo-se em uma dinâmica relacional que se mostra abusiva e da qual ela não possui mais controle e/ou percepção do quanto está lhe causando sofrimento. Em vista disso, o presente estudo objetivou identificar quais são os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) predominantes em mulheres que se envolvem em relacionamentos permeados por violência, esclarecer a dinâmica desses relacionamentos

disfuncionais e elucidar a efetividade da terapia do esquema como possibilidade de intervenção e tratamento das mulheres.

Momeñe et. al. (2021) relatam que taxas mais elevadas dos EIDs são encontradas nas mulheres que estão em relacionamentos amorosos violentos em comparação com as que não estão. É interessante compreender quais são os EIDs predominantes em mulheres que se envolvem em relacionamentos permeados por violência, pois os EIDs se relacionam com as crenças sobre si mesmas e sobre o agressor, possuindo influência na naturalização do ciclo da violência e em sua permanência nessas relações.

No estudo de Barbosa et. al. (2019) sobre os domínios esquemáticos das mulheres em situação de violência conjugal, o que mais pontuou na amostra foi o do primeiro domínio Desconexão/rejeição, onde os EIDs mais prevalentes foram, em ordem decrescente: abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, isolamento social/alienação e defectividade/vergonha. O estudo de Khosravi, Attari e Rezaei (2011), realizado no Irã para compreender quais os EIDs presentes nas mulheres em relacionamentos violentos, encontrou como mais comuns os de privação emocional, desconfiança/abuso e defectividade/vergonha, todos igualmente pertencentes ao primeiro domínio. A pesquisa de Paim et. al. (2012), feita com 163 sujeitos em Porto Alegre, relaciona os esquemas de desconfiança/abuso, auto sacrifício, emaranhamento e padrões inflexíveis à vitimização da violência nas relações afetivas.

O esquema de desconfiança/abuso foi comum nas pesquisas de Barbosa et. al. (2019), Khosravi, Attari e Rezaei (2011) e de Paim et. al. (2012), o qual caracteriza-se pela sensação de que sempre será enganada, traída e/ou machucada pelo outro. As mulheres em situação de violência podem se sentir coagidas a se manter no ciclo violento, por acreditar que serão abusadas, humilhadas e manipuladas por quaisquer pessoas (BARBOSA et. al., 2019). Indivíduos com esse esquema tendem a manter relacionamentos com companheiros que continuamente abusam delas, confirmando repetidamente o seu esquema desadaptativo (NASCIMENTO; SOUZA, 2018).

Assim como Barbosa et. al. (2019) encontraram o esquema de Abandono/instabilidade como um dos mais prevalentes, Momeñe et. al. (2021) destacam a predominância do mesmo esquema, o qual é caracterizado por enxergar as relações como instáveis e indignas de confiança e pela sensação de que pessoas importantes a abandonarão. É provável que mulheres com o mencionado esquema desadaptativo apresentem uma falsa crença de que jamais irão se

relacionar de forma sincera e segura com outras pessoas, pois acreditam que suas relações serão instáveis e/ou que serão abandonadas a qualquer momento (BARBOSA et. al., 2019).

É observado por Barbosa et. al. (2019) que muitas mulheres se sentem responsáveis pela violência recebida do parceiro, sentindo-se até mesmo culpadas e merecedoras de tamanho sofrimento. Tais características remetem ao esquema de Defectividade/vergonha, marcado pela visão de si mesmo como defeituoso, indesejado e inferior, portanto não se sente merecedor do amor e da valorização dos outros; também são características de pessoas com esse esquema a hipersensibilidade à crítica, insegurança, vergonha e postura auto acusatória (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). A mulher com o esquema de defectividade/vergonha ativado costuma possuir uma visão muito negativa de si mesma.

É através das estratégias de enfrentamento que os indivíduos desenvolvem maneiras de lidar com os seus esquemas, de forma a não precisarem vivenciar as emoções intensas despertadas a cada vez que os esquemas são ativados, essas estratégias nem sempre são saudáveis e funcionais (WAINER; RIJO, 2016). Os estilos de enfrentamento do sujeito (ou coping styles) são integrados pelo que se denomina de Processos Esquemáticos (PEs).

Os PEs são mecanismos típicos utilizados pelo organismo a fim de perpetuar os EIDs, os quais vão sendo desenvolvidos ao longo da infância com o objetivo de adaptar o sujeito ao seu ambiente, porém acabam se tornando desadaptativos na vida adulta ao consolidá-los e desconsiderar as mudanças do novo contexto que a adultez proporciona (WAINER; RIJO, 2016). São identificados três: manutenção, evitação e hiper-compensação.

A manutenção esquemática (resignação) faz alusão à comportamentos e cognições disfuncionais que acabam por reforçar diretamente um esquema, por exemplo, pode ocorrer a manutenção por seleção disfuncional de parceiros, onde alguém com um EID de desconfiança/abuso tende a se envolver em relacionamentos amorosos com parceiros abusivos e que maltratem; na evitação esquemática o objetivo é evitar sentir emoções para bloquear pensamentos e imagens que se ativam com o esquema; e, por fim, a hiper-compensação, onde há comportamentos exagerados para agir de forma oposta às suas necessidades e negar a existência do esquema (WAINER; RIJO, 2016; BALDISSERA et. al., 2021).

Outra estratégia de resignação, mas do esquema de defectividade/vergonha, é escolher parceiros críticos, rejeitados e que façam se sentir diminuídos (YOUNG, 2003). A visão de si como indignos de amor e valorização pode ocasionar a postura passiva diante o abuso físico, assim como o medo intenso de se sentir rejeitado e criticado pode dificultar o rompimento do

ciclo da violência (PAIM, FALCKE, 2014). Os PEs de evitação e hiper-compensação aparecem mais relacionados ao perpetrador da violência do que à vítima.

As mulheres podem fazer uso dos PEs como método de adaptação e sobrevivência frente a violência sofrida nos relacionamentos abusivos em que se envolve, em busca de minimizar ou eliminar as ameaças a sua segurança física e seu bem estar emocional (NASCIMENTO; SOUZA, 2018). Estudos preliminares já demonstraram que sofrer violência de pessoas representativas na infância prejudicaria o desenvolvimento de relações mais saudáveis na vida adulta, aumentando o risco de escolher parceiros violentos e permanecer nessas relações (Herrenkohl & Jung, 2016; Herrero, Torres & Rodríguez, 2018). As escolhas amorosas e a permanência em relacionamentos prejudiciais costuma se basear na sensação que é experienciada pela ativação de um ou mais esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), configurando a química do esquema, a qual é ativada por um ou mais esquemas nucleares de cada um envolvido na relação amorosa (PAIM, 2019; YOUNG, 2003). Dentro desta dinâmica, os casais tendem a escolher um ao outro baseados em seus esquemas, através dos quais revivem emoções familiares ou evocam situações angustiantes (PAIM, 2019). A autora em questão cita como exemplo as seguintes vivências que mantêm EIDs: indisponibilidade do parceiro desejado, relações que reproduzem sensações de rejeição, abuso, insegurança no vínculo, vivências emaranhadas com dependência emocional e funcional.

Ao depender de qual EID está mais ativado no indivíduo ele pode se sentir merecedor do sofrimento que um relacionamento abusivo lhe causa ou até mesmo acreditar que o parceiro é passível de punição, no caso do perpetrador da violência (CARDOSO; BERTHO; PAIM, 2019). Assim, os EIDs estão estritamente relacionados ao envolvimento em situações conflituosas nas relações conjugais, devendo ser considerados para compreender melhor o ciclo de violência presente nesses casais e a sua dinâmica de funcionamento (PAIM; MADALENA; FALCKE, 2012).

As abordagens cognitivo-comportamentais têm se destacado para diferentes objetivos de tratamento e intervenção psicológica, seja pelo seu caráter efetivo seja pela questão econômica (COSTA et. al., 2017), dentre elas, a Terapia do Esquema mostra-se favorável em casos de violência conjugal, tanto no trabalho com casais quanto individuais. A TE permite uma intervenção direta nos Processos Esquemáticos, visando o rompimento da perpetuação dos esquemas iniciais desadaptativos, os quais corroboram para a manutenção da violência entre casais e para escolhas de relações abusivas (BALDISSERA et. al., 2021).

Na intervenção individual com a mulher que sofreu ou sofre algum tipo de violência pelo parceiro íntimo, o terapeuta na TE irá identificar alguns pontos específicos, por exemplo: as práticas culturais das quais faz/fez parte; quais EIDs estão ativados; quais os estilos de enfrentamento utilizados; e quais necessidades básicas não foram supridas na história de vida (CARDOSO; BERTHO E PAIM, 2019). Ainda, será necessário considerar atentamente as leis específicas sobre violência e ter conhecimento sobre os serviços especializados ao atendimento desses casos (BRASIL, 2006; CARDOSO; BERTHO; PAIM, 2019).

Young, Klosko e Weishaar (2008) destacam que o terapeuta deve assumir uma postura de Confrontação Empática e fazer uso da Reparentalização Limitada, tais recursos técnicos só serão possíveis por meio de uma boa e sólida relação terapêutica. Na Confrontação Empática, o terapeuta busca um equilíbrio entre validar e ser empático com o sofrimento e a queixa do seu cliente, simultaneamente explicita a necessidade de modificação nos comportamentos desadaptativos para que não haja perpetuação do sofrimento; e a Reparentalização Limitada é uma postura do profissional em procurar preencher as necessidades básicas não atendidas do paciente através da relação terapêutica (WAINER; RIJO, 2016).

O terapeuta do esquema trabalha a validação das necessidades emocionais, do mesmo modo que utiliza da confrontação empática para lidar com comportamentos destrutivos e mantenedores dos EIDs (PAIM; TORQUATO, 2019; BALDISSERA et. al., 2021). Através da ativação de estratégias de enfrentamento saudáveis nas mulheres em situação de violência conjugal, ela aprende a perceber e se proteger das vivências de abusos causados pelo outro (WAINER; RIJO, 2016).

A TE também irá ter enfoque quanto ao combate das vozes parentais internalizadas, ou seja, crenças internalizadas através experiências familiares e também sociais/culturais punitivas/abusivas, onde mulheres que tenham vivido em ambientes violentos passem por modificações das suas cognições através das técnicas cognitivas e experiências/emocionais. (YOUNG, KLOSKO e WEISHAAR, 2008; PAIM, CARDOSO e BERTHO, 2019). Farshid Manesh (2019) explica que a terapia esquemática combinam quatro técnicas: as cognitivas, experimentais, comportamentais e relacionais, as quais possuem efeito na mudança dos EIDs das mulheres com esgotamento na relação e aumentam a sua felicidade, assim como auxiliam na identificação de ciclos iterativos negativos nas relações amorosas e a ter mais controle nas relações interpessoais.

Um dos objetivos das intervenções cognitivo-comportamentais é que o paciente possa se tornar seu próprio terapeuta após o término da psicoterapia, o que é possível através do processo de psicoeducação que ocorre ao longo do tratamento, nos casos das mulheres é necessário para que elas não mais se coloquem nas mesmas situações abusivas e para que possam identificar a violência sofrida, afinal, a exposição constante ao fenômeno leva a naturalização da experiência (HABIGZANG; PETERSEN, 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo investigar os achados teóricos acerca da efetividade da Terapia do Esquema (TE) como possível intervenção e tratamento de mulheres em situação de violência conjugal, assim como compreender quais são os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) predominantes nessas mulheres e esclarecer qual a dinâmica dos relacionamentos disfuncionais a partir dos conceitos da TE.

De acordo com a literatura estudada é possível observar que as mulheres em situação de violência conjugal costumam ter esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) ativados, os quais corroboram para a sua permanência nessas relações e sua ativação se dá através da química esquemática entre o casal, fazendo com que a dinâmica conjugal se torne disfuncional e que a mulher entre em um ciclo abusivo sem nem mesmo distinguir o sofrimento que lhe é causado ou então ter a crença de que o merece.

As pesquisas apontam que os EIDs mais prevalentes entre as mulheres são os de desconfiança/abuso e defectividade/vergonha, pertencentes ao primeiro domínio de Desconexão/Rejeição, onde a necessidade básica não atendida foi o estabelecimento de um vínculo seguro com as figuras importantes na infância, caracterizado por vivências primitivas de abusos, frieza, rejeição e/ou isolamento social. O Processo Esquemático (PE) que pareceu mais evidente como utilizado pelas mulheres que estiveram ou estão em uma relação abusiva foi o de resignação, ou seja, refere-se a comportamentos que colaboram para a manutenção do esquema.

A Terapia do Esquema (TE) apareceu como uma estratégia eficaz ao tratamento das mulheres em situação de violência conjugal, não apenas pelas suas técnicas, mas também pelo seu foco afetivo, psicoeducativo e resolutivo, auxiliando para um bom prognóstico; ainda,

destaca-se a possibilidade de ser uma abordagem rápida, o que se torna econômico ao ponto de vista da saúde pública e privada (BALDISSERA et. al., 2021).

Percebe-se que os estudos sobre os EIDs das mulheres em situação de violência conjugal é recente, mas tem fomentado interesse de autores brasileiros, assim como o entendimento da dinâmica conjugal pela TE através da química esquemática e os processos esquemáticos individuais que colaboram na ativação dos EIDs frente os conflitos conjugais. Acerca da terapia do esquema como estratégia de intervenção para mulheres que foram ou são violentadas nos relacionamentos, ainda faltam mais pesquisas acerca do tema, portanto seria interessante desenvolver estudos de casos a partir de uma elaboração de um processo terapêutico de esquemas específico a essa parte da população.

A violência contra a mulher é um problema grave de saúde pública e que merece destaque nas suas políticas, principalmente na atual realidade que o período pandêmico de isolamento trouxe ao mundo: o aumento exorbitante das violências praticadas pelo parceiro íntimo no âmbito privado das suas residências. Os elementos que parecem ter intensificado a violência conjugal durante a Covid-19 se relacionam aos aspectos socioeconômicos (redução dos salários, desemprego, dependência econômica feminina e o aumento do uso/abuso de substâncias pelos companheiros/cônjuge), assim como ao enfraquecimento do suporte institucional e social às mulheres (SILVA et. al., 2020).

REFERÊNCIAS

- [1] BALDISSERA, Daniela; PAIM, Kelly; PREDEBON, Betina Munero; FEIX, Leandro da Fonte. Contribuições da Terapia do Esquema em relacionamentos conjugais abusivos: uma revisão narrativa. **Rev. PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 1, p. 51-67, jan. 2021. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/15386>>. Acesso em: 10 abr. 2021.
- [2] BARBOSA, Thamires Pereira et al. Domínios Esquemáticos Apresentados por Mulheres em Situação de Violência Conjugal. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 51-68, dez. 2019. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpi/v11n2/05.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2021.
- [3] BRASIL. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa: violência contra as mulheres**. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- [4] BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do par. 8º do art. 226 da constituição federal, da convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o código de processo penal, o código penal e a lei de execução penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em 11 abr. 2021.
- [5] CARDOSO, Bruno Luiz Avelino; BERTHO, Maria Alice C.; PAIM, Kelly. Até que a morte nos separe: a contribuição da cultura para a manutenção de esquemas iniciais desadaptativos em relacionamentos abusivos. In: PAIM, Kelly; CARDOSO, Bruno Luiz Avelino (Orgs.). **Terapia do esquema para casais: base teórica e intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2019. P. 31-44.
- [6] CARNEIRO, Jordana Brock et al. Compreendendo a violência conjugal: um estudo em Grounded Theory. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/pt_0104-1169-rlae-27-e3185.pdf>. Acesso em: 5 maio 2021.
- [7] CERQUEIRA, Daniel (coord.) et. al. Atlas da Violência. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA**, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- [8] COSTA, Crístoper Batista da; DELATORRE, Marina Zanella; WAGNER, Adriana; MOSMANN, Clarisse Pereira. Terapia de Casal e Estratégias de Resolução de Conflito: Uma Revisão Sistemática. **Rev. Psico. Cien. Prof.**, v. 37, n. 1, p. 208-223, Jan./Mar. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/fCjtdgfd5zR9bqXpQTs9fqm/?lang=pt>>. Acesso em: 14 jun. 2021.

- [9] CURIA, Beatriz Gross et. al. Produções Científicas Brasileiras em Psicologia sobre Violência contra a Mulher por Parceiro Íntimo. *Psicol. Ciên. e Prof.*, v. 40, p. 1-19, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/V8jcXqbrLxts8r5jqzQ8LPv/?lang=pt>>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- [10] DINIZ, Gláucia R. S. Trajetórias conjugais e a construção das violências. *Psicol. Clin.*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 31-41, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v29n1/a04.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- [11] FARSHIDMANESH, Forough et. al. Comparison of the effectiveness of the schema therapy training and mindfulness on intimacy, commitment, and happiness of women with couple burnout. *Int. Arch. Health Sci.*, v. 6, n. 4, p. 136-142, 2021. Disponível em: <<https://www.iahs.kaums.ac.ir/article.asp?issn=2383-2568;year=2019;volume=6;issue=4;spage=136;epage=142;aualast=Farshidmanesh>>. Acesso em: 20 out. 2021.
- [12] FRAZÃO, Maria Cristina Lins Oliveira et. al. Violência praticada por parceiros íntimos a mulheres com depressão. *Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 24, p. 1-7, Fev. 2020. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100247>. Acesso em: 11 abr. 2021.
- [13] GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Rev. Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 256-266, Ago. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-71822015000200256&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr. 2021.
- [14] HABIGZANG, Luisa Fernanda; PETERSEN, Mariana Gomes Ferreira; MACIEL, Luisa Zamagna. Terapia Cognitivo-Comportamental para mulheres que sofreram violência por seus parceiros íntimos: Estudos de casos múltiplos. *Cienc. Psicol.*, Montevideo, v. 13, n. 2, p. 249-264, 2019. Disponível em <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212019000200249&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- [15] HERRENKOHL, Todd; JUNG, Hyunzee. Effects of child abuse, adolescent violence, peer approval and pro-violence attitudes on intimate partner violence in adulthood. *Crim. Behav. Ment. Health*, Washington, v. 26, n. 4, p. 304-314, Out. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27709742/>>. Acesso em: 18 nov. 2021.
- [16] HERRERO, Juan; TORRES, Andrea; RODRÍGUEZ, Francisco J. Child abuse, risk in male partner selection, and intimate partner violence victimization of women of the European Union. *Prevention Science*, v. 19, n. 8, p. 1102-1112, Nov. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29869733/>>. Acesso em: 18 nov. 2021.
- [17] HIRIGOYEN, Marie-France. **A violência no casal: da coação psicológica à agressão física**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- [18] KHOSRAVI, Zohreh; ATTARI, Azadeh; REZAEI, Somaye. Intimate partner violence in relation to early maladaptive schemas in a group of outpatient Iranian women. *Procedia - Soc. Beh. Scien.*, v. 30, p. 1374-1377, 2011. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187704281102091X>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

- [19] LOURENÇO, Lélío Moura; COSTA, Dayane Pereira. Violência entre parceiros íntimos e as implicações para a saúde da mulher. **Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 13, n.1, p. 1-18, jan. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000100010>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- [20] MARTINS, Grasiela B.; NOBRE, Natalia K. S.; MARTINS, Marias das Graças T. A Violência Doméstica Contra Mulheres: Contribuição Da Terapia Cognitivo-Comportamental Na Intervenção. **ID onl. Rev. Psicol.**, Macapá, v. 15, n. 54, 2021. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2951>>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- [21] MOMENË, Janire et. al. Estilos de afrontamiento, esquemas disfuncionales y síntomas psicopatológicos relacionados con la dependencia emocional hacia la pareja agresora. **Psicol. Conduct.**, Madrid, v. 29, n. 1, p. 29-50, 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-202205>>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- [22] NASCIMENTO, Elaide dos Santos; SOUZA, Kellen Verena de. Relações Abusivas: Um olhar cognitivo-comportamental. **Rep. Inst. Kroton**, Itabuna, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.pgsskroton.com/handle/123456789/21296>>. Acesso em: 5 maio 2021.
- [23] OLIVEIRA, Aline Martins de; BERGAMINI, Gésica Borges. Esquemas Desadaptativos de Mulheres em Relacionamentos Abusivos: Uma Discussão Teórica. **Rev. Cient. Fac. de Educ. e Meio-Amb. FAEMA**, Rondônia, v. 9, n. 2, p. 796-802, jul.-dez. 2018. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/637>>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- [24] PAIM, Kelly; MADALENA, Marcela; FALCKE, Denise. Esquemas iniciais desadaptativos na violência conjugal. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 31-39, jun. 2012. Disponível em : <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v8n1/v8n1a05.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2021.
- [25] PAIM, Kelly; FALCKE, Denise. **Experiências na família de origem, esquemas iniciais desadaptativos e violência conjugal**. 2014. 74 f. Dissertação (Mestrado) - PPG Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/3295>> Acesso em: 16 abr.. 2021.
- [26] PAIM, Kelly. A química esquemática e as escolhas amorosas. In: PAIM, Kelly; CARDOSO, Bruno Luiz Avelino (Orgs.). **Terapia do esquema para casais: base teórica e intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2019. P. 31-44.
- [27] PAIM, Kelly; TORQUATO, Kamilla I. Estratégias e técnicas para mudança em terapia do esquema. In: PAIM, Kelly; CARDOSO, Bruno Luiz Avelino (Orgs.). **Terapia do esquema para casais: base teórica e intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2019. P. 101-119.
- [28] SILVA et. al. Elementos precipitadores/intensificadores da violência conjugal em tempo da Covid-19. **Cien. saúde col.**, v. 25, n. 9, p. 3475-3480, set. 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n9/3475-3480/pt/>>. Acesso em: 29 dez. 2021.

- [29] YOUNG, Jeffrey E. **Terapia Cognitiva para Transtornos da Personalidade**: uma abordagem focada no esquema. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- [30] YOUNG, Jeffrey E.; KLOSKO, Janet S.; WEISHAAR, Marjorie E. **Terapia do Esquema: Guia de Técnicas Cognitivo-Comportamentais Inovadoras**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- [31] WAINER, Ricardo; RIJO, Daniel. O Modelo Teórico: EIDs, Estilos de Enfrentamento e Modos Esquemáticos. In: WAINER, Ricardo et. al. (Orgs.). **Terapia Cognitiva Focada em Esquemas: Integração em Psicoterapia**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. P. 15-26.

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS PARTO: Uma revisão literária.

Elisandra Wachtel ¹

Alessandra Marques Cecconello ²

Resumo: Este artigo tem como objetivo abordar a temática do pré-natal psicológico como meio de prevenção e acompanhamento de mulheres com depressão puerperal, analisando as contribuições do mesmo, além de identificar os sintomas, os fatores de risco associados e também as repercussões da depressão pós-parto para o desenvolvimento infantil. As bases de dados utilizadas foram a Biblioteca Virtual de Saúde, o Scielo e o Google Acadêmico. Foram utilizados artigos dos últimos quinze anos (2003- 2018), no idioma português. Os descritores foram as palavras depressão, gestantes, puerpério e pré-natal psicológico. Foram selecionados 28 artigos, dos quais 17 preencheram os critérios de inclusão no estudo. A revisão foi organizada em cinco tópicos, sendo eles: (1) Depressão pós-parto; (2) Fatores de risco e de proteção; (3) Sintomas característicos; (4) Depressão pós-parto e desenvolvimento infantil; (5) Pré-natal psicológico. Este estudo buscou contribuir teoricamente para o melhor entendimento sobre a depressão pós parto e, principalmente, a contribuição do pré-natal psicológico como meio de prevenção para as mulheres. Assim, torna-se importante conhecer os sintomas e os fatores de risco para que se tenha um diagnóstico logo no início, o que favorece o tratamento. Este estudo de revisão permitiu verificar a importância do pré-natal psicológico em um momento único para as mulheres, a gestação.

Palavras-Chaves: depressão, gestantes, puerpério e pré-natal psicológico.

¹ Graduanda em Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC);

² Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Osório. Docente do Curso de Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

Abstract: This article aims to conduct a literature review on the importance of psychological prenatal care in preventing and monitoring women in postpartum depression. The databases used were the Virtual Health Library, SciELO and Google Scholar. Articles from the last fifteen years (2003-2018), in Portuguese, were used. The descriptors were the words depression, pregnant women, puerperium and psychological prenatal care. 28 articles were selected, of which 17 met the inclusion criteria in the study. The review was organized into five topics, namely: (1) Postpartum depression; (2) Risk and protection factors; (3) Characteristic symptoms; (4) Postpartum depression and child development; (5) Psychological prenatal care. This study sought to contribute theoretically to a better understanding of postpartum depression and, mainly, the contribution of psychological prenatal care as a means of prevention for women. Thus, it is important to know the symptoms and risk factors in order to have a diagnosis at the beginning, which favors treatment. This review study allowed to verify the importance of psychological prenatal care at a single moment for women, pregnancy.

Keywords: depression, pregnant women, puerperium and psychological prenatal care.

INTRODUÇÃO

Este artigo visa abordar o pré-natal psicológico a partir de uma revisão de literatura, analisando a importância do mesmo para a prevenção da depressão pós-parto. Por se tratar de um tema muito atual e prevalente, esta pesquisa literária pretende contribuir para um melhor conhecimento sobre os sintomas característicos de uma depressão pós-parto e ressaltar a importância do pré-natal psicológico na prevenção e no acompanhamento de mulheres com depressão puerperal.

A gravidez é um momento único na vida da mulher, em que ela passa do papel de ser apenas a filha, e se torna agora a mãe, e com grandes responsabilidades. Para algumas mulheres, a gestação é um momento desejado e planejado, mas, para outras, acontece em um momento da vida que elas não planejaram, o que pode gerar sentimentos conflitantes na relação da mãe para com o bebê (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

Na gravidez, durante o parto e também no pós-parto, a mulher passa por muitas mudanças fisiológicas, psicológicas, sociais e familiares, as quais podem favorecer o

desenvolvimento de crises psíquicas, tornando esse momento ímpar na vida da gestante, do pai e do bebê (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012).

Após o parto, a mulher sofre muitas transformações de ordem emocional, motivada por alterações hormonais que se caracterizam por tristeza intensa, modificações no seu estado físico, medo, ansiedade entre outros. Esses sintomas normalmente desaparecem brevemente, mas quando permanecem por um período longo, pode se caracterizar uma depressão pós parto (CUNHA; RICKEN; LIMA, et al., 2012).

Há algumas décadas atrás, a Psicologia se aproximou do período gestacional, ampliando os conhecimentos sobre esse momento na vida da gestante, que, até aquele momento, era vista apenas com aspectos biológicos. Atualmente, um novo modelo está em evolução com o objetivo de entender melhor a gestação, o parto e todas as questões que envolvem relações conjugais, sociais, econômicas e profissionais, chamado de Pré-Natal Psicológico (JESUS, 2017).

De acordo com esta revisão de literatura, o pré-natal psicológico foi mencionado pela primeira vez em meados de 1980 pela psicóloga Maria Tereza Maldonado, em seu livro “Recursos de relacionamento para profissionais de saúde”. Outra Psicóloga de referência considerada uma das pioneiras a trabalhar com o pré-natal psicológico no Brasil é Fátima Bortoletti, que criou em 1984 um modelo de Pré-natal Psicológico dentro de um Protocolo de Assistência Psicológica, que, até hoje, é referência para esse tema. Pode-se também destacar a psicóloga perinatal, Alessandra da Rocha Arrais, que é atualmente docente e sócia proprietária da Escola de Profissionais da Parentalidade – EPP, e publicou diversos artigos abordando o pré-natal psicológico e sua utilidade para a saúde materna e vínculo mãe-pai-bebê.

O pré-natal psicológico pode ser um meio de prevenir a depressão pós parto, dando apoio desde o início da gestação até o pós-parto, permitindo um olhar sobre todo o contexto, não se limitando somente às necessidades físicas da gestante, mas também às necessidades psíquicas (JESUS, 2017).

Neste sentido, destaca-se a importância desta ferramenta – o pré-natal psicológico – para a prevenção da depressão puerperal e para o fortalecimento do vínculo mãe-pai-bebê. . O objetivo dessa pesquisa é abordar a temática do pré-natal psicológico como meio de prevenção e acompanhamento de mulheres com depressão puerperal, analisando as contribuições do mesmo, além de identificar os sintomas, os

fatores de risco associados e também as repercussões da depressão pós-parto para o desenvolvimento infantil.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura, definida por Koller, Couto e Hohendorff (2014) como um texto no qual os autores resumem estudos prévios e informam aos leitores o estado em que se encontra determinada área de investigação. As bases de dados utilizadas na busca bibliográfica foram: Biblioteca Virtual de Saúde, Scielo e Google Acadêmico.

Foram incluídos na presente revisão estudos acerca da depressão pós parto e o pré-natal psicológico como meio de prevenção da depressão. Foram priorizados estudos publicados nos últimos quinze anos (2003-2018), no idioma português. Os critérios de exclusão foram artigos publicados antes de 2003 e artigos em outros idiomas. Os descritores foram: (1) depressão; (2) gestantes; (3) puerpério (4) Pré-natal psicológico.

A Tabela 1 abaixo apresenta o número de artigos encontrados na busca:

Tabela 1. Artigos encontrados nas bases de dados

Base de dados	Scielo	Pepsic	Google acadêmico
Total:	9	7	12
Aceitos:	6	3	8
Descartados:	3	4	4

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos artigos possibilitou verificar que o pré-natal psicológico é um meio de prevenir e melhor acompanhar as mulheres com depressão pós parto, pois dá à mulher o espaço de se sentir amparada e acolhida pelo profissional mas principalmente

pelas pessoas que ela precisa poder contar nesse momento, sua família. Os resultados desta revisão de literatura foram organizados de forma que possibilitem a compreensão do tema partindo da caracterização da depressão pós-parto, passando pela análise dos fatores de risco e proteção, sintomas característicos e consequências para o desenvolvimento infantil, até chegar à apresentação da proposta do pré-natal psicológico. Estão sistematizados em cinco tópicos: a) Depressão pós-parto; b) Fatores de risco e de proteção; c) Sintomas característicos; d) Consequências para o desenvolvimento infantil; e,) Pré-natal psicológico.

Depressão pós-parto

A gravidez é um momento de grande significado na vida da mulher, é um processo delicado em que acontecem mudanças biológicas, emocionais e sociais que são capazes de afetar não somente a gestante, mas toda a sua família. Por este motivo, a mulher se torna mais sensível, necessitando de maiores cuidados e atenção. As alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas se intensificam ainda mais na medida em que a gravidez se desenvolve, principalmente quando se aproxima o momento do parto. Ao nono mês ocorrem mudanças fisiológicas, pois o bebê ganha peso e altura, as contrações na mulher aumentam, a ansiedade se intensifica, surgindo, assim, muitas dúvidas na gestante como, por exemplo: se o bebê vai nascer dentro do prazo previsto, se vai ser saudável ou terá alguma deficiência, se vai viver ou morrer, gerando medo e ansiedade (QUINTÃO, 2014)

O período do parto provoca mudanças intrapessoais e interpessoais, e, com a chegada do bebê, essas mudanças se intensificam na mulher e na família. Nesta fase, as mulheres podem sofrer transtornos depressivos, como a depressão pós-parto, que envolve por volta de 6,8 a 16,5% das mulheres adultas e até 26% em adolescentes (KROB; GODOI; LEITE, et al., 2017)

A depressão pós-parto, conhecida também por depressão puerperal, depressão maternal ou depressão pós-natal, é uma síndrome psiquiátrica que, quando não é acompanhada, pode gerar muitos problemas na interação da mãe com o bebê. A DPP é um transtorno do humor e, em quase todos os casos, inicia-se nas primeiras quatro semanas após o parto, sendo mais intenso nos seis primeiros meses, tendo intensidade leve e transitória, podendo

chegar até uma neurose ou desordem psicótica (MASTELLINI; SILVA, 2012). Mastellini e Silva (2012) ressaltam que a depressão pós-parto deve ser tratada como uma questão de saúde pública no Brasil devido à prevalência apresentada por diversas pesquisas, que estimam que 10 a 20% das mulheres apresentam este transtorno.

Fatores de risco e de proteção

O transtorno mental de maior índice durante a gravidez e o período puerperal é a depressão, associada a fatores de risco, como antecedentes psiquiátricos, crises financeiras, escolaridade baixa, gestante na adolescência, falta de suporte social, violência doméstica e eventos estressores. Índícios mostram que, além da depressão pré-natal ser mais frequente, é o principal fator de risco para a depressão pós-parto, o que seria, na maioria das vezes, a continuação de uma depressão iniciada na gestação (PEREIRA; LOVISI, 2007).

Alguns autores descrevem uma junção de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, que podem apresentar riscos para desencadear a depressão pós-parto. Pesquisas têm comprovado uma ligação entre a depressão pós-parto e o fraco suporte dado pelo pai da criança, ou a pessoa que representa esse papel. Outro fator de risco apresentado pode ser uma gravidez indesejada, um nascimento prematuro ou até a morte do bebê, além dificuldade na amamentação ou problemas no parto (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Segundo Silva e Botti (2005), a causa da depressão pós-parto não deve ser vista apenas por fatores isolados, mas por um conjunto de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos que devem ser levantados no diagnóstico e terapêutico da DPP.

Cantilino et al. (2009) ressaltam que os fatores de risco que mais aparecem associados à DPP são história pessoal de depressão, episódio depressivo ou ansioso na gestação, ocorrências de estresse na vida da gestante, falta de suporte social ou financeiro, conflitos na relação conjugal. Outros fatores associados são histórico familiar de transtornos psiquiátricos, características de personalidade, padrões de cognições negativos e baixa autoestima. Ainda, outros fatores podem ser complicações obstétricas, parto prematuro, fatores culturais, histórico de abuso, ou relação conflituosa com a mãe e também gravidez não desejada. Por outro lado, existem também fatores de proteção

como: otimismo, elevada autoestima, boa relação conjugal, suporte social adequado, preparação física e psicológica em relação às mudanças que surgiram com a maternidade.

O conhecimento sobre os fatores de risco e de proteção para a depressão pós-parto é indispensável para planejar e executar ações de prevenção, como exemplo, o pré-natal psicológico, sendo que a intervenção precoce através de uma estratégia psicoterapêutica específica para gestantes pode trazer uma grande redução na sintomatologia depressiva (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018).

Sintomas característicos

Com a descoberta de uma gravidez, muitas reações emocionais começam a aparecer, podendo ser medo, ansiedade, dúvidas, inseguranças, alegrias e decisões a serem tomadas, emoções que são geradas pelo impacto de saber que está gerando um bebê. A gravidez e também o parto trazem efeitos fisiológicos, endocrinológicos, e, talvez o que mais traga impacto para a saúde da mulher, seja o psicológico. Pode-se dizer que, na maior parte dos casos de DPP, os sintomas se manifestam por volta do primeiro mês após o nascimento do bebê, e, com intensidade maior, nos seis primeiros meses. A característica mais comum desse distúrbio depressivo é o desânimo insistente, medo de machucar o bebê, insônia, pensamentos obsessivos e de culpa, falta de apetite, considerável diminuição da libido, e, a mais grave, ideias suicidas (CUNHA; RICKEN; LIMA, et al., 2012).

Segundo Beretta, et al.,(2008, p.975)

“A depressão comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que se iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres. Esses sintomas incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas.”

Consequências para o desenvolvimento infantil

Todo recém-nascido necessita de acolhimento e de cuidados parentais para que consiga sobreviver. A mãe é a principal responsável por acolher este novo ser e, assim, contribuir para seu desenvolvimento saudável, através dos seus cuidados. No entanto, as

mães com depressão pós-parto têm sua função materna fragilizada, gerando, assim, dificuldades para exercer a maternagem, pois a maioria das mães depressivas se sentem incapazes e despreparadas para o cuidar do seu bebê. Mães com depressão pós-parto tendem a apresentar sentimentos ambivalentes em relação à criança e que irá influenciar diretamente na relação com o filho, podem ser sentimentos de rejeição, negligência, agressividade e maior hostilidade. (GREINERT; CARVALHO; CAPEL, 2018)

A depressão maternal afeta a interação mãe-filho e pode gerar implicações para o desenvolvimento da criança, especialmente sobre a linguagem, pois mães depressivas possuem menos capacidade para interagir, portanto, conversam menos com os seus bebês e apresentam menos contato físico, podendo, assim, ocasionar desordens linguísticas, comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais à criança (GREINERT; CARVALHO; CAPEL, 2018)

Segundo Carlesso e Souza (2011), crianças de mães deprimidas apresentam 29% de chances para apresentar desordens emocionais e comportamentais e crianças de mães não deprimidas apresentam 8%. Ainda segundo os autores, o contato com mães deprimidas no primeiro ano de vida do bebê ocasiona baixa habilidade cognitiva da criança aos quatro anos de idade.

A mulher com depressão pós-parto vivencia sintomas como irritabilidade, ansiedade, pouca concentração e humor depressivo, que interferem em suas relações, especialmente, no relacionamento que está ainda em formação entre a mãe e seu novo bebê. Não é regra que todas as crianças de mães deprimidas sejam também deprimidas, porém, a possibilidade é de duas a cinco vezes maior de desenvolver problemas, tanto emocionais ou de comportamento. A depressão pós-parto traz sérias implicações para a mãe e para o bebê. Carlesso e Souza (2011) afirmam que há uma ligação entre depressão materna e problemas no desenvolvimento da criança, incluindo transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, ligações inseguras e sintomas de depressão.

Uma relação confusa entre mãe e filho, a falta de suprimento das demandas físicas e emocionais do bebê e a indisponibilidade da mãe com depressão pós-parto podem gerar no bebê sentimentos de insegurança, abandono, ansiedade e desconfiança. Experiências negativas na relação mãe-bebê podem ainda trazer prejuízos na vida adulta

dessa criança, por provocar a sensação de que não pode confiar em ninguém e, assim, ter dificuldade de se relacionar. Crianças de mães deprimidas tendem a apresentar uma ligação mais pobre com suas mães, tendo menos vocalizações, mais desvio do olhar, irritação, choro por um tempo maior, menor comportamento exploratório, peso mais baixo, comportamento depressivo, preferência por rostos tristes, autoimagem negativa e distúrbio de apego (SANTOS E SERRALHA, 2015).

Pré-natal psicológico

“Denominado Pré-Natal Psicológico (PNP), esse acompanhamento prevê grupos psicoeducativos sobre gestação, parto e pós-parto, os quais propiciam suporte socioemocional, informacional e instrucional” (ARRAIS e ARAÚJO, 2016, p. 106).

De acordo com Arrais, Araújo e Schiavo (2018), o pré-natal psicológico pode ser uma intervenção grupal ou individual para as gestantes, é inserido no contexto de prevenção de doenças psíquicas e também para a promoção da saúde mental. Oportuniza, assim, um espaço importante para que as mães e pais possam expor seus medos, suas fantasias, suas alegrias, suas angústias, suas vivências e dificuldades ocasionadas pelo processo, e assim possam trocar experiências sobre essa nova função parental (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018).

Segundo a literatura da área:

“O pré-natal psicológico – PNP, abordagem diferenciada dos cursos de gestantes, é uma modalidade de atendimento raramente encontrada em serviços de obstetrícia. Trata-se de um novo conceito em atendimento perinatal, voltado para maior humanização do processo gestacional, e do parto, e de construção da parentalidade. Pioneiro em Brasília, o programa visa à integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, por meio de encontros temáticos com ênfase na preparação psicológica para a maternidade e paternidade (Arrais et al., 2014, p.254).”

Com a intenção de trazer a consciência das alterações que ocorrem com as gestantes, o pré-natal psicológico vem como um suporte, tendo como objetivo promover a integração de si nas mudanças que surgem devido ao período da maternidade. O pré-natal psicológico é um complemento do pré natal tradicional, em que são vistos exames laboratoriais e de imagem que visam acompanhar o desenvolvimento do bebê. Já o pré-natal psicológico garante um

acompanhamento de suporte emocional às mães, auxiliando nas questões e dúvidas que podem surgir, ligadas à idealização do parto, ao nascimento prematuro ou, até mesmo, à morte do bebê (JESUS, 2017).

No acompanhamento do pré-natal psicológico às mães e pais são provocados a pensar sobre seus medos em relação à gestação, ao parto e ao pós-parto, sobre os mitos contados sobre a maternidade e sobre as dificuldades e exigências em aceitar o papel de mãe ou pai. Além disso, são esclarecidos em relação aos procedimentos do parto, sobre os tipos de parto, seus lados positivos e negativos, são convocados a pensar sobre amamentação e o momento do desmame e são orientados a adotar uma postura mais ativa quanto às recomendações médicas, tais como ter uma alimentação saudável e manter atividades físicas (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012).

O pré-natal tem um papel fundamental, pois auxilia a equipe multidisciplinar no reconhecimento dos fatores de risco e de proteção para a DPP, oferecendo às gestantes melhores condições no enfrentamento nesse período. Utilizando-se de uma estratégia psicoterapêutica específica para as gestantes, a intervenção precoce pode causar uma significativa redução dos sintomas depressivos, sendo assim, o trabalho em equipe, oferecendo um acompanhamento cuidadoso para as mães, torna-se indispensável (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

Segundo Arrais e Araújo (2016), o PNP é um programa aberto e novas adesões podem ser incluídas no decorrer das sessões, não há um limite de número de sessões, sendo assim, as gestantes podem participar durante o período que desejarem ou até o nascimento do bebê. As sessões semanais podem durar até duas horas e têm em foco temas e objetivos específicos, que podem ser indicados pela equipe ou pelo grupo. Pais e avós podem ser convidados a participar, conscientizando-os sobre a importância da família nessa fase. No grupo são discutidos assuntos como, dificuldades, dúvidas e expectativas, a partir de dinâmicas de grupo, aulas expositivas e debates. Os temas são desenvolvidos de acordo com as características do grupo. O pré-natal psicológico é de baixo custo, podendo ser desenvolvido nos setores público e privado. Associado ao acompanhamento biomédico, proporciona um cuidado integral à mulher e ao seu bebê, promovendo saúde de ambos. É de grande importância a qualificação contínua das equipes especializadas, em relação às dificuldades ligadas à maternidade, além das desencadeadas por transtornos físicos ou psíquicos. O profissional de psicologia tem

uma atuação fundamental frente a esse trabalho, devido à sua formação.

A rede de apoio à mulher no grupo de pré-natal psicológico é fundamental para prevenir a ocorrência da depressão pós-parto, visto que muitas gestantes até desejam a gravidez, mas, por outro lado, não a planejam e se sentem inseguras em relação ao seu papel de mãe, no gerenciamento das mudanças da sua rotina pessoal, social e profissional, em ter que adiar sua vida acadêmica, muitas vezes, priorizando outras questões. Essas questões são pontuadas com as gestantes e casais gravídicos, possibilitando um amadurecimento emocional, ampliando o conhecimento acerca dos desafios e dificuldades gerados pela maternidade (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012).

A intervenção psicológica tem como objetivo central oportunizar uma escuta qualificada e diferenciada em torno do processo da gravidez, proporcionando um espaço em que a mãe possa falar sobre seus medos e ansiedades, além de favorecer a troca de experiências e informações. Ela conta com a participação da família, especialmente do pai do bebê e dos avós, objetivando a participação na gestação/puerpério a fim de partilhar a parentalidade (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Pode-se destacar a importância do psicólogo no contexto do pré-natal psicológico, sendo um profissional com formação específica, para trabalhar no programa que visa auxiliar a mulher na preparação psíquica das exigências e mudanças que a maternidade requer, possibilitando a tomada de consciência das angústias trazidas através da gravidez (ALMEIDA E ARRAIS, 2016).

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo averiguar a importância do pré natal psicológico como meio de prevenção e acompanhamento de mulheres na depressão pós-parto, além de refletir sobre os sintomas característicos e os fatores de risco e de proteção associados, como também as repercussões da depressão puerperal para o desenvolvimento infantil.

A depressão pós-parto é um tema ainda pouco abordado, e deveria ser tratado com mais relevância, visto que a prevalência apresentada em várias pesquisas estimam que 10 a 20% das mulheres apresentam este transtorno.

A depressão pós-parto não pode ser vista através de fatores isolados, mas por um

conjunto de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos que devem ser investigados. Alguns fatores de risco podem ser: falta de apoio social, crises financeiras, baixa escolaridade, antecedentes psiquiátricos, o fraco suporte dado pelo pai da criança, um nascimento prematuro ou até a morte do bebê, além de problemas no parto. Além da depressão pós-parto trazer prejuízos à saúde da mãe, ela também causa prejuízo na vida da criança que ainda está se desenvolvendo e precisa dos cuidados e afeto da mãe. Porém, podemos ver que a mulher com depressão pós-parto tem dificuldades em exercer a maternagem, o que pode trazer sérios prejuízos para a saúde emocional e o desenvolvimento cognitivo dessa criança.

O pré-natal psicológico pode ser visto como um complemento ao pré natal tradicional, em que busca garantir um acompanhamento de suporte emocional às mães, auxiliando nas dúvidas e questões que surgem na gravidez. Essa intervenção psicológica objetiva oportunizar a escuta qualificada, em um espaço em que a mãe possa se sentir à vontade para falar sobre seus medos e angústias, além da troca de experiências com a participação da família e com outras mães do grupo.

Com base em tudo que foi falado até aqui, é possível afirmar que o pré natal psicológico é um fator de proteção para a prevenção da depressão pós parto e também pode ser um meio de contribuir para o relacionamento saudável da mãe e seu bebê, podendo evitar que a depressão pós-parto seja um fator de risco para o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

Apesar das contribuições desse estudo, ressalta-se a necessidade de mais estudos acerca da eficácia do pré-natal psicológico na prevenção e acompanhamento da depressão pós-parto, visto que a maior parte dos artigos sobre o tema já não são atuais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.M. C; ARRAIS, A.R. **o pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto**. Brasília. Revista Psicologia Ciência e Profissão, v. 36 n. 4, 847-863, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n4/1982-3703-pcp-36-4-0847.pdf> > (acesso em 29-04-2020)

ARRAIS, A. da R; ARAÚJO, T.C.C.F. de. **Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil**. Rio de Janeiro. Revista SBPH,

vol.19, n.1, 2016. Disponível em:<
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v19n1/v19n1a07.pdf>> (acesso em 14-04-2020)

ARRAIS, A. da. R; ARAÚJO, T.C.C.F; SCHIAVO, R. da. A. **Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico.** Revista Psicologia: Ciência e Profissão, v. 38 n.4, p. 711-729, 2018. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n4/1982-3703-pcp-38-04-0711.pdf>> (acesso em 29-04-2020)

ARRAIS, A.R; CABRAL, D.S.R; MARTINS, M.H.F. **grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestante.** Brasília. Revista de Psicologia, v.15, n. 22, p. 53-76, 2012. Disponível em:<
<https://revista.pgsskroton.com/index.php/renc/article/view/2480>> (acesso em 14-04-2020)

ARRAIS, A. DA. R; MOURÃO, M.A; FRAGALLE, B. **o pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** São Paulo. Saúde Soc, v.23, n.1, p.251- 264, 2014. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00251.pdf>> (acesso em 13-04-2020)

BERETTA, M.I.R; ZANETILL, D.J; FABBRO, M.R.C; FREITAS, M.A. de; RUGGIEROL, E.M.S; DUPAS, G. **Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal.** 2008. Disponível em: <
<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/download/46770/22943/>> (acesso em 23-04-2020)

CARLESSO, J.P.P; SOUZA, A.P.R. **Dialogia mãe-filho em contexto de depressão materna.** Rio Grande Do Sul,2011. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n6/76-10.pdf>> (acesso em 14-10-20)

CUNHA, A.B; RICKEN, J.X; LIMA, P; GIL,S; CYRINO, L.A.R. **a importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto.** Joinville. Revista Saúde e Pesquisa, v. 5, n. 3, p. 579-586, 2012. Disponível em:<
<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2427/1812>> (acesso em 13-04-2020)

GREINERT, B.R.M; CARVALHO, E. R; CAPEL, H. **A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto.** Revista Saúde e Pesquisa, v. 11, n. 1, p. 81-88, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio/885042> (acesso em 14-10-20)

JESUS, M.A.S. **o pré-natal psicológico e a relação com a prevenção na depressão puerperal.** 2017. Disponível em: <
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1112.pdf>> (acesso em 13-04-2020)

- [1] KROB, A.D; GODOY, J; LEITE, K.P; MOIRE, S.G. **Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto.** Campo Grande. Revista Psicologia e Saúde, v.9, n.3, p. 3 -16 , 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177093X201700030001&lng=pt&nrm=i> (acesso em 14-04-2020)
- [2] MASTELLINI, H.F.Z; SIVLVA, K.G. **depressão pós-parto: uma questão de saúde pública.** Londrina, 2012. Disponível em: <<https://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/0000079F...pdf>> (acesso em 14-04-2020)
- [3] PEREIRA, P.K; LOVISI, G.M. **Prevalência da depressão gestacional e fatores associados.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n4/04.pdf>> (acesso em 23-04-2020)
- [4] QUINTÃO, N.T. **o pape da equipe de saúde no enfrentamento da depressão pós-parto.** Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4208.pdf>> (acesso em 14-04-2020)
- [5] SCHWENGBER, D.D. De. S; PICCININI, C.A. **O impacto da depressão pós parto para a interação mãe-bebê.** Rio Grande do Sul, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf>> (acesso em 23-04-2020)
- [6] SANTOS, L.P; SERRALHA, C.A. **Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil.** Santa Cruz do Sul, 2015. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=SANTOS%2C+L.P%3B++SERRALHA%2C+C.A.+Repercuss%C3%B5es+da+depress%C3%A3o+p%C3%B3s-parto+no+desenvolvimento+infantil.+Santa+Cruz+do+Sul%2C+2015.+&btnG (acesso em 14-10-20)
- [7] SILVIA, E.T. da; BOTTI, N.C.L. **Depressão puerperal.** Revista eletrônica de enfermagem, v.7, n.02, p. 231-238, 2005. Disponível em <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/880/1052>> (acesso em 14-04-2020)

A IMPORTÂNCIA DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS ASSOCIADAS AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE CRIANÇAS: Uma revisão literária

Júlia Duvina Toffoli ¹

Alessandra Marques Cecconello ²

Resumo: Este estudo pretende identificar a importância das intervenções psicológicas associadas ao tratamento oncológico de crianças a partir de uma revisão literária. Utilizou-se como base de dados as Biblioteca Eletrônica Científica (SCIELO), Google Acadêmico, Site do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Foram encontrados uma diversidade de artigos referentes ao tema, sendo selecionados 15 para a leitura, destes, apenas 11 foram incluídos na revisão, segundo os critérios de inclusão e exclusão. No campo das doenças, o câncer se apresenta como o grande vilão, sendo este um conjunto com mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células invasoras de tecidos e órgãos. Trata-se de uma doença que vai além do desastre físico-biológico, o efeito que o diagnóstico provoca no campo emocional dos pacientes e sua rede de relações é igualmente engrandecido, amplificado quando atinge crianças. O papel do psicólogo associado ao tratamento oncológico faz com que haja uma maior visibilização de uma área específica da psicologia, denominada psico-oncologia. Diante da complexidade do câncer e dos problemas biopsicossociais por ele acarretados, tanto para os pacientes pediátricos quanto para suas famílias, é relevante considerar todos os aspectos envolvidos na doença, enfatizando a importância da equipe multidisciplinar, e especialmente, o papel do psicólogo e suas intervenções como um fator importante durante o processo, seja ele de diagnóstico, de acompanhamento durante o tratamento ou após alta, como também em situações de cuidados paliativos e apoio à família, em casos de morte do paciente pediátrico. Os artigos utilizados apresentaram a importância e descreveram algumas intervenções realizadas na área de psico-oncologia pediátrica, no entanto percebeu-se a carência de informações sobre a real efetividade das intervenções realizadas, bem como seus benefícios e aspectos positivos da abordagem.

Palavras-Chaves: psico-oncologia; câncer infantil; intervenção psicoterápica.

¹ Graduanda em Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC);

² Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Osório. Docente do Curso de Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

Abstract: The subject intends to acknowledge the importance about psychological interventions associated with children's oncologic treatment from a literary review. It was used as database the Scientific Electronic Library (SCIELO), Academic Google, National Cancer Institute (INCA) website and the Virtual Health Library (BVS). It has been find a diversitive of articles about the theme, were selected 15 for reading, of these, only 11 were included in the review, according to the inclusion and exclusion standards. In the field of disease, the cancer introduces itself as the great villain, with more than 100 diseases that it has in common the disorderly growth of invading cells of tissues and organs. It is a disease that goes beyond the physical-biologic disaster, the effect that the diagnosis cause on the emotional field of patients and their relationships are harmful, amplified when it affects children. The psychologist's role associated with oncological treatment means that there is a greater visibility of psychology's specific area, called psycho-oncology. In the face of the cancer's complexity and biopsychosocial problems caused by them (for the pediatric patients and their families), it is important to consider all aspects involved in the disease, emphasizing the importance of the multidisciplinary team, and especially, the psychologist's role and its interventions as an important factor during the process, even if by diagnostic, follow up during the treatment or after discharge, as also in situations of palliative care and support family, in cases of pediatric patient death. The articles used show the importance and describe some interventions performed in the area of pediatric psycho-oncology, however it has been noticed a lack of informations about the real effectiveness of interventions performed, besides its benefits and positive aspects of the approach.

Keywords: psycho-oncology; childhood cancer; psychotherapeutic intervention.

INTRODUÇÃO

Prolongar a vida, mesmo que diante de situações adversas, tem sido uma das premissas que desafia as pesquisas e o conhecimento humano há séculos. No campo das

doenças, o câncer se apresenta como o grande vilão. Mas a simplicidade destas cinco letras combinadas, muitas vezes, camufla a complexidade de um problema. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2008), esconde-se nesta denominação um conjunto com mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células invasoras de tecidos e órgãos. E ainda, para além deste desastre físico biológico, o efeito que o diagnóstico provoca no campo emocional dos pacientes e sua rede de relações é igualmente engrandecido. Amplificado quando atinge crianças.

Embora raro quando comparado com adultos, entre 2% e 3% de todos os tumores malignos registrados no Brasil, o câncer infantil é considerado um fator de alta incidência de mortes nesta faixa etária, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2016). A primeira percepção que os pacientes e seus familiares tendem a ter em relação à doença está diretamente ligada à possibilidade de morte. Drama que tende a ser amenizado pela ampla divulgação de que o diagnóstico precoce traz consigo uma probabilidade maior de tratamento e cura, especialmente pela possibilidade de um acompanhamento multiprofissional que inclui, além das equipes médicas especializadas, a presença de profissionais da área psico-oncológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A busca por este suporte tem se tornado cada vez mais recorrente desde o processo de prevenção até os cuidados paliativos. Segundo Gurgel e Lage (2013), o psicólogo possui papel extremamente importante durante o tratamento oncológico, pois pode oferecer suporte emocional desde a confirmação do diagnóstico, não apenas ao paciente, como também para a rede de relações que se estabelecem em torno deste. O acompanhamento não se reduz apenas a um ato de intervenção junto à criança, mas também pode proporcionar um processo de conhecimento sobre o que foi diagnosticado, o tipo específico de câncer e a realidade da vida da criança, podendo, assim, auxiliar na busca por respostas diante de dúvidas que possam surgir, no alívio das ansiedades e outros sentimentos que angustiam o paciente (SANTOS & CUSTÓDIO, 2017).

Neste contexto, torna-se pertinente uma revisão literária como campo de investigação sobre a importância das intervenções psicológicas em ambiente hospitalar com crianças em tratamento oncológico. Ao mesmo tempo em que pode somar na

afirmação do contributo que a psicologia pode oferecer, abre a possibilidade de apontar novos desafios e caminhos a serem abordados. Assim, o objetivo deste artigo é realizar uma revisão de literatura e identificar a importância da intervenção psicológica associada ao tratamento oncológico de crianças.

METODOLOGIA

Este artigo foi desenvolvido através de uma revisão literária, que é caracterizada por ser uma pesquisa científica em que se objetiva analisar dados de um determinado tema (KOLLER, COUTO E HOHENDORFF, 2014). Para a realização da revisão, foram utilizadas bases de dados encontrados em: Biblioteca Eletrônica Científica (SCIELO), Google Acadêmico, Site do Instituto Nacional do Câncer (<https://www.inca.gov.br/>) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves para a pesquisa dos artigos: psico-oncologia; oncologia pediátrica; tratamento oncológico; psicologia hospitalar. A partir dos resultados encontrados nas bases bibliográficas citadas anteriormente, foi realizada uma seleção dos artigos e das informações que foram utilizadas na elaboração deste artigo.

Para a seleção do material, foram levados em consideração alguns critérios: 1) os artigos deveriam ser publicados em revista científica; 2) disponíveis em português; 3) com prioridade para os textos publicados nos últimos 10 anos.

Tabela 1. Materiais encontrados nas bases de dados.

Base de dados	BVS	Google Acadêmico	INCA	Scielo	TOTAL
Encontrados	2	2	3	8	15
Utilizados	1	1	3	6	11
Descartados	1	1	0	2	4

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo estimativas do INCA (2019) o câncer infantil é considerado raro quando comparado ao câncer em adultos. No entanto, a identificação de 12.500 novos casos de câncer infantil em 2018 tornou este um importante tema na área de pesquisas. Atualmente encontram-se resultados extremamente significativos em relação ao tratamento oncológico, quando comparado a alguns anos atrás. Cerca de 80% das crianças e adolescentes diagnosticados com a doença possuem chances de cura, se diagnosticados precocemente e acompanhados por equipes multidisciplinares em locais especializados.

O câncer pode causar um grande comprometimento no paciente, desde físico e emocional. No intuito de amenizar o processo de tratamento oncológico, surge o auxílio do psicólogo, que deve atuar possibilitando condições e acompanhamentos especializados em todas as fases, desde a prevenção até os cuidados paliativos, quando necessários. Assim, esta revisão literária foi organizada de forma a proporcionar, inicialmente, uma compreensão dos aspectos emocionais relacionados à doença, bem como o papel da psico

oncologia no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes e seus familiares. Além disso, busca descrever a importância do psicólogo durante o tratamento oncológico de crianças, ressaltando a necessidade de investigar a efetividade da associação entre a psicologia e o tratamento oncológico de crianças.

Câncer infantil e os aspectos emocionais relevantes

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2008) entende-se câncer como um conjunto com mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células invasoras de tecidos e órgãos.

Se compararmos a incidência de câncer em adultos com a incidência em crianças e adolescentes, percebe-se o quanto é raro, correspondendo cerca de 2% a 3% de todos os tumores malignos registrados no Brasil. Neste sentido, considera-se importante o grande número de estudos específicos realizados para diferenciá-los uns dos outros. No Brasil, para o ano 2018, o INCA, estimou 12.500 novos casos de câncer infantil, e 2.704

mortes. Assim como nos países desenvolvidos, no Brasil, o câncer já representa a primeira causa de morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos (INCA, 2019).

Diferenciando-se do câncer do adulto, o câncer infantil, tanto quanto o câncer juvenil, costuma afetar as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. Predominantemente os diagnósticos de câncer em crianças são de natureza embrionária, sendo constituídos de células indiferenciadas, podendo proporcionar uma melhor resposta aos atuais tratamentos. São considerados diagnósticos mais comuns em crianças os tumores como leucemia, linfomas, neuroblastoma, tumor de Wilms, retinoblastoma, tumor germinativo, osteossarcoma e sarcomas (INCA, 2019).

Os sintomas apresentados no câncer infantil podem ser confundidos com algumas outras doenças comuns na infância, o que pode atrasar a busca do auxílio pediátrico e conseqüentemente o diagnóstico precoce da doença. Neste sentido, torna-se essencial a atenção dos pais a qualquer um dos sintomas, e no caso do surgimento de algum deles, buscar um profissional especializado para a realização do diagnóstico (CARDOSO, 2007).

Como já descrito anteriormente, o diagnóstico precoce é de extrema importância em relação ao câncer infantil. Cardoso (2007) descreve que, ao diagnosticar a criança precocemente, pode-se impedir o agravamento da doença, possibilitando um bom prognóstico.

Diferente do câncer em adultos, em crianças não há exames preventivos realizados rotineiramente que detectem a manifestação do câncer, por isso a ênfase de avaliações periódicas com pediatras durante toda a infância. Para a detecção dos cânceres infantis são utilizados alguns procedimentos como a biópsia, punção, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, hemograma, mielograma, entre outros (CARDOSO, 2007).

Geralmente, o tratamento para o câncer infantil adota três procedimentos, que podem também ser combinados: a quimioterapia - que utiliza substâncias químicas para o tratamento de doenças causadas por agentes biológicos; a radioterapia - que utiliza a radiação ionizante; e a cirurgia. O tratamento é aplicado de forma individual, de acordo com as necessidades e prescrições médicas para cada indivíduo e

diagnóstico (SANTOS & CUSTÓDIO, 2017).

Como prognóstico da doença, há uma série de aspectos que influenciam. Cardoso (2007) descreve que, para a determinação de um prognóstico bom ou ruim, será analisada a combinação de diversos fatores, entre eles: o tipo de tumor, a classificação entre benigno e maligno, o estágio em que ele se encontra, sendo que o que determina estes aspectos é o diagnóstico precoce.

Considera-se extremamente significativo o progresso no tratamento do câncer infantil. Em suas estimativas, o INCA (2019) descreve que cerca de 80% das crianças e adolescentes identificadas com a doença podem ser curadas, se diagnosticadas precocemente e acompanhadas por equipes multiprofissionais em centros especializados. Há um prognóstico positivo em relação à qualidade de vida de crianças diagnosticadas e submetidas a um tratamento adequado.

A infância é o período que compreende desde o nascimento até os 12 anos de idade, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Esta etapa do desenvolvimento humano é muito importante na vida de um indivíduo. É na infância em que se constrói as relações com o próprio corpo, bem como as primeiras relações sociais, sendo uma base para seu desenvolvimento futuro.

Nesta fase do desenvolvimento, assim como em tantas outras, a doença se torna um evento inesperado e indesejável, especialmente para a criança e seus familiares. Cardoso (2007) salienta que a reação em relação ao diagnóstico dependerá essencialmente da reação dos pais/cuidadores. Num primeiro momento, são eles que mais necessitam de ajuda, porque, até este momento, a criança desconhece a doença, ou seja, a forma como os mesmos reagem ao diagnóstico afetará diretamente a criança e o seu desenvolvimento.

Há de se destacar, no entanto, o processo de acompanhamento da doença. Santos e Custódio (2017) descrevem que, além dos comprometimentos físicos que o tratamento para o câncer e o próprio diagnóstico podem causar, há uma piora na função psicológica, podendo ser atribuída a toxicidade do tratamento ou relacionada às mudanças de rotina e a nova realidade vivenciada pela criança. Os autores ainda citam que, em casos de intervenções pediátricas, além da exposição da criança a procedimentos quimioterápicos, radioterápicos e cirúrgicos, a própria internação do

paciente, coloca-o em situações estressantes, junto com seus familiares.

Algumas mudanças psicossociais podem ser comumente identificadas em crianças com câncer. Cardoso (2007) descreve os eventos: hospitalização, procedimentos médicos, efeitos colaterais, e acompanhamento em longo prazo.

É possível observar, a partir dos eventos, suas respectivas mudanças. A hospitalização pode vir a provocar o distanciamento da criança do âmbito familiar e escolar, podendo repercutir de forma negativa no rendimento da criança e na socialização. Em relação aos procedimentos médicos, por se tratarem, muitas vezes, de procedimentos invasivos e dolorosos, podem vir a causar estresse, sentimento de impotência, fobia e ansiedade. Os efeitos colaterais são considerados quase impossíveis de descartá-los, sendo eles os mais comuns: náuseas, vômitos, dores, perda de peso, queda de cabelo, amputação, entre tantos outros, dependendo do método e tratamento utilizado. Além dos efeitos físicos, existem os de comprometimento neuropsicológico, podendo acarretar em distúrbios da cognição em geral. Por fim, o acompanhamento em longo prazo, apesar da remissão da doença, é necessário por não haver a consideração da cura, por conta da incerteza da sobrevivência devido ao medo da recaída ou até mesmo o aparecimento de novos tumores, levando a necessidade de acompanhamento médico prolongado, que pode causar estresse tanto na criança quanto nos pais, mesmo com a ausência da doença (CARDOSO, 2007).

Esse processo de tratamento oncológico e o pós-tratamento podem ser amenizados se houver condições que mantenham a possibilidade de um desenvolvimento saudável da criança, para isso, torna-se importante a presença e o afeto de familiares, a disponibilidade afetiva dos profissionais da saúde envolvidos, o fornecimento de informações de forma adequada em relação ao diagnóstico para a criança, atividades recreacionais, acompanhamento multiprofissional conforme indicado, entre outras condições (SANTOS & CUSTÓDIO, 2017).

Psico-oncologia: Histórico

Dentre os profissionais que podem estar incluídos no acompanhamento multiprofissional, atualmente vem ganhando destaque o papel do psicólogo na equipe. Sua presença se faz necessária em todas as fases envolvidas nesta doença, como na

prevenção, no diagnóstico, no tratamento, na alta, e se necessário, nos cuidados paliativos (GURGEL & LAGE, 2013). O papel do psicólogo dentro destas equipes multiprofissionais faz com que haja maior visibilização de uma área específica da psicologia, denominada **psico-oncologia**.

O entendimento do ser humano como um ser biopsicossocial não é algo novo, ainda mais dentro da realidade desta doença. É necessário visualizar a mente e o corpo como partes de um único organismo, sendo a saúde um equilíbrio entre estas partes do indivíduo, ou seja, o indivíduo é o que é, por seus aspectos genéticos, psicológicos e ambientais.

No entanto, no meio hospitalar, só foi possível a identificação da importância da área psicológica associada aos tratamentos oncológicos em 1981, ano em que Robert Adler publicou seu livro sobre *Psiconeuroimunologia*, possibilitando pesquisas científicas sobre a interligação do sistema endócrino, imunológico e nervoso. Outro importante autor, que contribuiu para a existência da psico-oncologia, foi Galeno. Com o auxílio destas pesquisas e publicações foi possível o aprimoramento e contribuição cada vez maior para o conhecimento mais profundo do ser humano e as diferentes formas de tratamento, tornou-se possível um delineamento de novas linhas de trabalho com pacientes oncológicos, possibilitando o trabalho de médicos e psicólogos em conjunto (CARVALHO, 2002).

Segundo Carvalho (2002), com a fundação da Sociedade Brasileira de Psico-oncologia em 1994, deu-se também a definição oficial sobre a psico oncologia de Gimenes. Sendo esta uma denominação descrita para a área de relação entre a Psicologia e a Oncologia, baseando-se em conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos provenientes da Psicologia da Saúde. É utilizada como meio de assistência ao paciente, familiares e profissionais da área da Saúde envolvidos nas etapas de prevenção, tratamento, reabilitação e na fase terminal da doença. Além disso, pode ser aplicada em pesquisas relevantes para o estudo de variáveis psicológicas e sociais importantes para a compreensão da incidência e recuperação, assim como do tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer. Por fim, pode ser também utilizada na organização de serviços oncológicos visando o atendimento integral do paciente.

Neste sentido, pode-se descrever a psico-oncologia como um campo interdisciplinar da saúde que estuda os fatores psicológicos do desenvolvimento durante todo o processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente com câncer. Considera-se como os principais objetivos desta área da psicologia a identificação das variáveis psicossociais e os contextos ambientais em que possa haver a intervenção psicológica, auxiliando no processo de enfrentamento da doença, incluindo o auxílio e acompanhamento em situações causadoras de estresse para o próprio paciente e seus familiares (JUNIOR, 2001).

A intervenção psico-oncológica realizada, independente de abordagem teórico-filosófica optada pelo profissional, deve ultrapassar os limites da prática psicoterápica e, especialmente, do consultório, buscando o paciente onde quer que ele esteja (sala de espera do hospital, enfermaria, quarto de internação, durante procedimentos invasivos, em casa). Além disso, deve contar com a inclusão de outros profissionais de áreas distintas, porém, essenciais neste processo (JUNIOR, 2001).

Intervenções psicológicas com pacientes da oncologia pediátrica O modelo de intervenção psicológica em psico-oncologia é considerado um modelo educacional. Segundo Junior (2001), o que diferencia a intervenção de um psicólogo a um psico-oncólogo é a não utilização do modelo médico ou clínico, que dá ênfase às estruturas patológicas e aos atendimentos terapêuticos individuais. A intervenção do profissional prioriza a promoção da saúde e de mudanças de comportamento relacionadas à saúde do próprio paciente. Apesar de não apresentar um modelo teórico definido, a psico-oncologia apresenta um modelo de intervenção que tem como objetivo o atendimento integral do paciente, de seus familiares e da equipe multidisciplinar envolvida no caso (FONSECA & CASTRO, 2016).

Ao mesmo tempo em que consideramos algumas diferenças entre o atendimento psicológico comum e o acompanhamento psico-oncológico, identificamos também que há algo em comum e que se torna essencial na intervenção: o objetivo das intervenções é sempre o bem estar do paciente (FONSECA & CASTRO, 2016).

Segundo Fonseca e Castro (2016), o que difere o profissional da psico oncologia é o domínio de aspectos não exigidos necessariamente em outros atendimentos psicoterápicos, como a necessidade do conhecimento da própria doença, assim como as

principais formas de tratamento e a que procedimentos o paciente poderá ser submetido. Isto se torna necessário pelo fato de que cada tipo de câncer possui suas características distintas, facilitando, assim, a identificação de qual intervenção terapêutica o paciente deve receber.

Especialmente em situações em que a criança é o paciente que possui a doença, a intervenção profissional se faz necessária desde a prevenção até os cuidados paliativos, quando necessário (GURGEL & LAGE, 2013).

Para Gurgel e Lage (2013), o psicólogo em ambiente hospitalar e como profissional especializado em intervenções com pacientes com câncer deve atuar na prevenção, através da promoção de informações e educação em saúde, podendo auxiliar na divulgação e conhecimentos sobre o câncer infantil e suas características, facilitando e demonstrando a importância de um diagnóstico precoce.

Já em relação à atuação do profissional no momento do diagnóstico, o psicólogo tem o papel de oferecer apoio e suporte emocional para que os mesmos possam enfrentar a situação da melhor forma possível, além de atuar diretamente com o paciente diagnosticado, obtendo conhecimento da vida do mesmo, e também proporcionando apoio e atenção emocional necessária (GURGEL & LAGE, 2013).

Durante o tratamento, o psicólogo deve atuar no esclarecimento de dúvidas dos pacientes e familiares em relação à enfermidade, podendo também atuar como mediador entre paciente e médicos. Além disso, pode realizar atendimentos no leito, quando for preciso, identificando, através da escuta qualificada, às demandas para atendimento psicológico (GURGEL & LAGE, 2013).

Segundo Gurgel e Lage (2013), após o tratamento ou a internação hospitalar, considera-se a etapa de alta do paciente. Neste contexto, o psicólogo pode atuar prosseguindo com atendimentos e acompanhamentos. Caso não haja mais possibilidade de cura, denomina-se esta etapa como a de cuidados paliativos. Neste sentido, o paciente deve receber uma atenção e modificação na forma de cuidado, dando ênfase a qualidade de vida do mesmo. Mais especificamente, o psicólogo pode atuar nos seguintes momentos nos cuidados paliativos: na decisão de quando parar o tratamento, nas decisões e nas dificuldades da equipe, na conversa com a criança em relação à morte, no apoio à família diante do quadro em que a criança vem a óbito.

Um estudo realizado em um Hospital de Câncer em Barretos descreve como se caracteriza a área pediátrica e as intervenções realizadas neste ambiente. O ambiente oncológico pediátrico é especializado em cuidados para crianças diagnosticadas com câncer e suas famílias (SCANNAVINO et al, 2013).

Segundo os Scannavino et al (2013), no ambiente pediátrico, a psicologia tem ganhado um grande destaque, especialmente por dar ênfase aos cuidados integrais e de qualidade de vida durante o tratamento oncológico. Na pesquisa realizada por estes autores, o acompanhamento psicoterapêutico de crianças com câncer teve como objetivo compreender as necessidades das mesmas, assim como a de seus familiares e da equipe envolvida. Eles utilizaram como uma das formas de intervenção metodologias de acompanhamento de grupos específicos para auxiliar nas dificuldades apresentadas (SCANNAVINO et al, 2013).

No Hospital de Câncer em Barretos são disponibilizados distintos grupos para cada necessidade encontrada durante o tratamento. Um dos grupos é direcionado ao apoio à família da criança com câncer, em que o objetivo é acolher e orientar os pais/responsáveis dos pacientes. Outro grupo oferecido no ambiente hospitalar é o grupo de apoio à equipe pediátrica, um ambiente em que os profissionais que integram esta equipe multiprofissional podem utilizar como espaço de acolhimento em relação a suas frustrações e conquistas profissionais. Além disso, há um grupo específico para o acolhimento de pais/famílias que perderam seus filhos, com o objetivo de oferecer cuidados integrais às famílias enlutadas (SCANNAVINO et al, 2013).

Assim como o acompanhamento em forma de grupos, durante a internação da criança são realizadas intervenções constantes em forma de acompanhamento terapêutico, tendo como objetivo fornecer para a criança e seus familiares habilidades de enfrentamento, redução das crenças disfuncionais em relação à doença e ao tratamento. Além disso, o Hospital de Câncer em Barretos disponibiliza duas brinquedotecas, ambientes lúdicos e adequados para todas as crianças, proporcionando condições terapêuticas favoráveis para as intervenções realizadas (SCANNAVINO et al, 2013).

A criança e seus familiares precisam do apoio psicológico durante todas as etapas da doença, podendo sempre ser atendidas e receber o suporte emocional e a

atenção necessárias. Mais do que apoio, eles têm o direito de receber informações e serem ouvidos (GURGEL & LAGE, 2013).

O atendimento psico-oncológico de crianças e os desafios para uma avaliação de efetividade

Olhamos para o câncer como uma das doenças que mais ameaçam a ordem da vida no cotidiano das pessoas. Não apenas no seu componente físico biológico, como também na sua dimensão psíquica e social. A descoberta da doença imprime na pessoa atingida e naqueles que o cercam um sentimento de angústia e medo que precisam também ser acompanhados. Assim, o campo da psicologia estende seu olhar e sua preocupação, e mais do que isso, suas ações para estes desafios a partir da psico-oncologia.

Diante da complexidade do câncer e dos problemas biopsicossociais por ele acarretados, tanto para os pacientes pediátricos quanto para suas famílias, é relevante considerar todos os aspectos envolvidos na doença, enfatizando a importância da equipe multidisciplinar, e especialmente, o papel do psicólogo e suas intervenções como um fator importante durante o processo, seja ele de diagnóstico, de acompanhamento durante o tratamento ou após alta, como também em situações de cuidados paliativos e apoio a família, em casos de morte do paciente pediátrico. Neste sentido, destaca-se a importância da intervenção psico-oncologia no tratamento de crianças com câncer e suas intervenções realizadas pelo profissional nestas situações.

É constante a busca pela ampliação de pesquisas voltadas para a compreensão das experiências oncológicas infantis, com o objetivo de apoiar a construção de uma melhor qualidade de vida dos pacientes e seus familiares nesse processo de saúde-doença (ARAÚJO, 2006).

Não faltam artigos e relatos de experiências na área da psico-oncologia. No entanto, não se encontra, em revisão bibliográfica no Brasil, elementos suficientes que possam fornecer uma conclusão no sentido da eficiência ou não desta atenção ou atendimento.

No campo da literatura em psico-oncologia, carecemos de dados que evidenciem esta efetividade. Torna-se compreensível ao se tratar de um campo em que a

investigação requer um instrumental diferenciado. O acompanhamento psicológico não é mensurável a partir de dados apenas físico biológicos. Como atestar que uma prevenção ou até mesmo a cura de um processo de câncer esteja diretamente ligado ao processo de acompanhamento psíquico oncológico?

Ao tomar a referência da fundação da Sociedade Brasileira de Oncologia (2002), pode-se afirmar que é um campo ainda recente da psicologia. Mas já suficiente para avançar em termos de pesquisas que atestem a efetividade de modo mensurável.

Nas análises e depoimentos já está posto com clareza a evidência da importância como fator de auxílio no processo de superação. Mas o avanço e a qualificação deste atendimento poderão ganhar força a partir do momento em que se puder falar de dados mensuráveis. Será necessário primeiramente estabelecer, no campo da pesquisa, instrumentos de aproximação para coleta de dados confiáveis. E, posteriormente, num diálogo constante com as ciências médicas, estabelecer critérios de mensurabilidade para, então, atestar a efetividade desta participação no processo de cura ou amenização do trauma físico e psíquico provocado pela descoberta e instauração de um câncer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em meio a grande complexidade do processo saúde-doença enfrentada no diagnóstico de câncer buscou-se uma área da psicologia que pudesse relacioná-la com a oncologia, denominada psico-oncologia. Ao tratar-se da psico-oncologia pediátrica, é possível perceber, através da revisão literária realizada, a importância da atuação do psicólogo, tanto para os pacientes pediátricos, quanto para seus familiares e a equipe envolvida no processo enfrentado.

Estudos apontam que o psico-oncólogo deve atuar em distintos momentos do tratamento, sendo possíveis intervenções desde a prevenção até os cuidados paliativos, quando necessário, especialmente em casos infantis.

A metodologia utilizada durante este acompanhamento e intervenções baseiam-se em ações de promoção da saúde e melhora da qualidade de vida dos pacientes pediátricos e suas famílias, além, é claro, da atenção e suporte emocional aos envolvidos.

Em suma, os artigos utilizados apresentaram a importância e descreveram algumas intervenções realizadas na área de psico-oncologia pediátrica, dando ênfase nos processos de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos próprios pacientes, bem como de seus familiares, especialmente relacionados ao amparo e suporte emocional. No entanto, percebe-se ainda a carência de informações sobre a real efetividade das intervenções realizadas, bem como de seus benefícios e aspectos positivos da abordagem.

REFERÊNCIAS

- [1] ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. **Câncer Infantil: intervenção, formação e pesquisa em psico-oncologia pediátrica**. Psicol. hosp. vol.4, n.1. São Paulo, 2006.
- [2] BRASIL. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- [4] CARDOSO, Flávia Tanes. **Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo**. Rev. SBPH v.10 n.1 Rio de Janeiro, jun. 2007.
- [5] CARVALHO, Maria Margarida. **Psico-oncologia: história, características e desafios**. Psicologia USP Vol. 13, N°.1, 151-166. São Paulo, 2002.
- [6] FONSECA, Renata; CASTRO, Marcelo Matta. **A importância da atuação do psicólogo juntos a pacientes com câncer: uma abordagem psico oncológica**.

Psicologia em Saúde e Debate (ed. Especial) pg. 54-72. São Paulo – 2016.

[7] GURGEL, Luciana Araújo; LAGE, Ana Maria Vieira. **Atuação psicológica na assistência à criança com câncer: da prevenção aos cuidados paliativos.** Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 4 – n. 1, pág. 83-96, jan./jun. 2013.

[8] HOHENDORFF, Jean Von. Como escrever um artigo de revisão de literatura. Em: KOLLER, Sílvia H; COUTO, Maria Clara P. de Paula; HOHENDORFF, Jean Van (orgs). **Manual de Produção Científica.** Dados eletrônicos – Porto Alegre: Penso, 2014. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade.** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

[9] Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade.** Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

[10] Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Câncer infantojuvenil.** Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro INCA, 2019.

[11] JUNIOR, Áderson L. Costa. **O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde.** Psicol. cienc. prof. vol.21 no.2 – Brasília, 2001.

[12] SANTOS, Renato Caio Silva; CUSTÓDIO, Lucas Matheus Grizotto. **Psico-oncologia pediátrica e desenvolvimento: considerações teóricas sobre o adoecimento e os lutos decorrentes do câncer infantil.** Psicologia.pt. – 2017.

[13] SCANNAVINO, Camila Saliba; et al. **Psico-oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos.** Psicologia USP 24(1), pg. 35-53. São Paulo – 2013.

PROCESSOS DE CUIDADO EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: Dificuldades e aspectos positivos na visão dos cuidadores de uma casa de acolhimento no município de xangri-lá

Karolina dos Santos Guincheski ¹
Alessandra Marques Ceconello ²

Resumo:

O trabalho descreveu as dificuldades e os aspectos positivos acerca do cuidado pela visão de cuidadores de uma casa de acolhimento do município de Xangri-Lá. Os objetivos foram analisar como os processos de cuidado são realizados pelos cuidadores da instituição, identificar as dificuldades relatadas e descrever os pontos fortes identificados por eles. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa descritiva do tipo transversal. Os participantes da pesquisa foram os cuidadores da casa de acolhimento, que responderam uma entrevista com questões semiestruturadas e abertas, analisadas posteriormente através da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1979). Os resultados foram classificados em quatro categorias, nomeadas: práticas educativas, dificuldades acerca do cuidado, aspectos positivos acerca do cuidado e sentimentos. A relevância deste estudo se dá pela possibilidade de desenvolvimento de estratégias de cuidado nas instituições de acolhimento.

Palavras-chaves: Acolhimento Institucional; Cuidadores; Processos de cuidado.

CARE PROCESSES IN INSTITUTIONAL SHELTER: DIFFICULTIES AND POSITIVE ASPECTS IN THE VISION OF THE CARETAKERS OF A SHELTER IN THE XANGRI-LÁ CITY

Abstract:

The paper described the difficulties and the positive aspects about caring for the caretakers' vision of a shelter in the Xangri-Lá city. The objectives were to analyze how care processes are carried out by the caretakers of the institution, identify the difficulties reported by the caretakers and describe the strengths identified by them. This was a descriptive qualitative research of the transverse type. The participants of the research were caretakers of the shelter, who answered an interview with semi structured and open questions, analyzed later through the technique of content analysis of Bardin (1979). The results were classified into four categories, named: educational practices, difficulties about care, positive aspects about care and feelings. It is a research that can help in the development of strategies about the care process in the shelter institutions.

Keywords: Institutional Reception; Caregivers; Care processes.

¹ Graduanda em Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC);

² Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Osório. Docente do Curso de Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

INTRODUÇÃO

O tema relacionado às práticas de cuidado em instituições de acolhimento está voltado à garantia de direitos das crianças e adolescentes, precisando resgatar alguns aspectos deste processo histórico. As crianças e os adolescentes passaram a ser vistos como seres de direitos e deveres, desta forma, o reconhecimento do seu direito à convivência familiar e comunitária se fez presente diante de um processo de desinstitucionalização, comum na sociedade brasileira nas décadas antigas (MORÉ E SPERANCETTA, 2010). A legislação do ECA (1990), indica a colocação de crianças e adolescentes em instituições de abrigo, de forma provisória e excepcional, somente quando se encontram em situação de grave risco à sua integridade física, psicológica e sexual. Deste modo, a casa de acolhimento é uma medida de proteção social, a qual oferece assistência à criança e ao adolescente que se encontram sem as necessidades básicas.

As equipes de trabalho dentro destas instituições de acolhimento contam com vários profissionais trabalhando de uma forma multidisciplinar. O contato diário com as crianças e os adolescentes é executado por cuidadores e o trabalho que realizam não se resume no atendimento às necessidades básicas como cozinhar, acompanhar durante os momentos de refeições, orientarem a higienização e vestuário, seguindo uma rotina institucional. Estes cuidadores compreendem que suas ações se constituem para além dessas tarefas diárias, incluindo uma participação mais efetiva na educação, na saúde e no lazer mostrando uma compreensão ampliada de cuidado (PEREIRA, 2013).

Este estudo justifica-se pela urgência de pensar em atuais políticas públicas e formas de trabalho sobre esta profissão, com o propósito de serem oferecidas formações profissionais para que possam desenvolver a função de cuidado com maior segurança e qualidade nas condutas adotadas. O objetivo deste estudo foi analisar como os processos de cuidado são realizados pelos cuidadores da instituição, identificar as dificuldades relatadas e descrever os pontos fortes identificados por eles. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva do tipo transversal, realizada com seis cuidadores de uma Casa de Acolhimento no município de Xangri-lá.

REVISÃO DE LITERATURA

Para contextualizar e auxiliar no entendimento do problema apresentado a revisão de literatura foi subdividida nas seguintes sessões: Fundamentos legais da infância e adolescência, Acolhimento institucional, O processo de trabalho: normativas jurídicas e legais e Dificuldades e aspectos positivos acerca do cuidado.

Fundamentos Legais da Infância e Adolescência

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a atenção à família ganhou força, quando foi imposta a regulamentação do art. 227, visando à proteção dos direitos da criança e do adolescente, como segue:

"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com a absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão." (BRASIL, 1990)

Para assegurar que estes direitos sejam cumpridos se faz necessário que leis, normas e regulamentos estejam voltados para a proteção e disposição de condições necessárias para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Para isso, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei nº 8.069/90) (BRASIL, 1990), com o objetivo de direcionar políticas públicas que atendam crianças e adolescentes em situação de risco social, aplicando medidas de proteção, e a adolescentes autores de ato infracional, aplicando medidas socioeducativas (FIORELLI E MANGINI, 2010).

O art. 98 do ECA estabelece que as medidas de proteção devem ser aplicadas no intuito principal de proteger a criança eo adolescente de qualquer violação ou ameaça em quaisquer dos direitos, seja por ação ou omissão do Estado, falta, omissão ou abuso dos pais, responsáveis, seja por razão da própria conduta (BRASIL, 1990). As medidas de proteção encontradas no art. 101 do ECA referem-se à:

"Encaminhamento aos pais ou responsáveis, mediante termo de responsabilidade; orientação, apoio e acompanhamento temporário; matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino; inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; abrigo em entidade; colocação em família substituta." (BRASIL, 1990).

Existe um órgão responsável por fiscalizar se estas medidas de proteção às crianças e

adolescentes estão sendo cumpridas. Previsto no art. 131 do ECA, o Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Suas principais atribuições são:

“Atender crianças que necessitam de proteção, sempre que seus direitos forem ameaçados e violados; atuar junto às instituições de aplicação das medidas socioeducativas; encaminhar ao Ministério Público a notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança e do adolescente.” (BRASIL, 1990).

Entende-se, então, que tanto as crianças como os adolescentes são sujeitos de direitos os quais devem ser garantidos pelo Estado, pela sociedade e pela família. Entre as medidas de proteção citadas, somente as duas últimas dizem respeito ao afastamento da família, sendo que as demais visam evitar que isto ocorra (BRITO E ROSA, 2018).

O Acolhimento Institucional

Os cuidados ofertados pela família na infância são de extrema importância para o desenvolvimento da saúde física e mental do ser humano. Porém, a realidade aponta que nem sempre acontece desta forma, muitas famílias fracassam no cumprimento do seu papel junto aos seus filhos, havendo negligência tanto na esfera física como afetiva, gerando quadros danosos ao desenvolvimento infantil (ALBORNOZ, 2009).

A falta destes cuidados parentais adequados, especialmente em uma fase de grande vulnerabilidade como a infância e a adolescência, pode determinar algumas patologias no decorrer do desenvolvimento. Conforme Bowlby (2002), os prejuízos causados à saúde mental pela privação destes cuidados adequados dependerão do grau de privação e as consequências podem ir desde o sentimento de angústia e instabilidade emocional, até a incapacidade total em estabelecer relações afetivas e saudáveis.

Uma série de circunstâncias pode determinar que um filho não pode ser cuidado pelos seus pais biológicos, necessitando, então, de cuidados especiais (ALBORNOZ, 2009). Porém, os critérios para crianças ou adolescentes serem acolhidos não são muito claros, assim, o profissional que está na ponta do sistema e, muitas vezes, sem capacitação, acaba tomando esta decisão importante. Diante

disto, a partir de 2004 ampliaram-se as discussões acerca do direito à convivência familiar e comunitária, o que culminou no Plano Nacional de Defesa e Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente à Convivência Familiar e Comunitária, desenvolvido por entidades como o

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (BRITO E ROSA, 2018). Este documento menciona que:

“Trata-se da mudança do olhar e do fazer, não apenas das políticas públicas focalizadas na infância e na juventude, mas extensiva aos demais atores do chamado Sistema de Garantia de Direitos e de Proteção Social, implicando a capacidade de ver as crianças e adolescentes de maneira indissociável do seu contexto sócio familiar, percebendo e praticando a centralidade da família enquanto objeto de ação e de investimento” (CONANDA E CNAS, 2006).

Existem dois sistemas implantados pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os quais propõem duas modalidades de atendimento assistencial: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial. A Proteção Social Básica é responsável pela prevenção de situações de risco em famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social. Já a Proteção Social Especial é voltada para o atendimento às famílias e aos indivíduos que já se encontram em situação de risco pessoal e social, sendo esta da qual as instituições de acolhimento fazem parte (BRITO E ROSA, 2018).

Pelos grandes níveis de vulnerabilidade, as crianças e os adolescentes precisam se recuperar da perda sofrida, serem cuidados por pessoas que lhe passem segurança. Segundo Bowlby (2002), essa pessoa deve agir como uma figura substituta a quem a criança ou o adolescente irá se ligar gradualmente, e, assim, poderá aceitar a perda sofrida anteriormente e reorganizar sua vida.

O processo de trabalho: normativas jurídicas e legais

No que diz respeito à relação que se estabelece para o cuidado com as crianças e adolescentes acolhidos e as especificidades deste trabalho nas instituições de acolhimento, o Projeto Político Pedagógico a ser construído para a orientação das ações nestes espaços deve abordar as atribuições dos cuidadores. Este papel é definido pelas Organizações Técnicas (Brasil, 2009) da seguinte forma:

“Em função de sua importância, o educador/cuidador e a família acolhedora devem ter clareza quanto a seu papel: vincular-se afetivamente às crianças/adolescentes atendidos e contribuir para a construção de um ambiente familiar, evitando, porém, “se apossar” da criança ou do adolescente e competir ou desvalorizar a família de origem ou substituta. O serviço de acolhimento não deve ter a pretensão de ocupar o lugar da família da criança ou adolescente, mas contribuir para o fortalecimento dos vínculos familiares, favorecendo o processo de reintegração familiar ou o encaminhamento para família substituta, quando for o caso.” (BRASIL, 2009, p. 47).

A Organização das Nações Unidas – ONU – organizou um texto no qual são estabelecidas as orientações desejáveis para implementação de políticas e de práticas e de proteção social. Neste texto, denominado Diretrizes de Cuidados Alternativos a Crianças, consta uma série de cuidados alternativos, incluindo o acolhimento institucional, bem como as medidas apropriadas para a prestação destes cuidados. Destacando então o papel dos cuidadores no desenvolvimento de relações positivas, seguras e fortalecedoras com as crianças, de modo tal que o sujeito que assume tal papel deve ser capaz de desempenhá-lo nestes termos (ONU, 2009).

Em relação à modalidade de acolhimento em que trabalham os cuidadores residentes, o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária -PNCFC (BRASIL, 2006A), aponta que as casas lares, definidas pela Lei nº 7.644/1987, “devem estar submetidas a todas as determinações do ECA relativas às entidades que oferecem programas de abrigo, anteriormente citadas, particularmente no que se refere à excepcionalidade e à provisoriedade da medida”.

Acerca dos processos de trabalho em casas lares, as Orientações Técnicas também trazem informações importantes que envolvem a estrutura e o processo de trabalho que os cuidadores devem adotar neste ambiente, ressaltando a importância da supervisão técnica. Esta lei, anteriormente citada, Lei nº 7.644/1987, coloca sobre a regulamentação das atividades das mães sociais e pais sociais e define no Art. 4º

as suas atribuições:

“I – propiciar o surgimento de condições familiares adequadas, orientando e assistindo as crianças e os adolescentes sob seus cuidados; II – administrar o lar, realizando e organizando as tarefas pertinentes; III – dedicar-se, com exclusividade, às crianças e aos adolescentes e à casa lar que lhes forem confiados. Parágrafo único. A mãe social e o pai social, no exercício de suas atribuições, devem residir na casa lar, em companhia das crianças e adolescentes sob sua responsabilidade.”(BRASIL, 2006A, P. 41)

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (PORTARIA N. 397, 2002), o cargo de mãe social pertence à família ocupacional de “Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos”, na qual é atribuída uma série de atividades direcionadas ao cuidado com o outro, sua saúde, educação, alimentação e bem estar. Além disso, as orientações técnicas (BRASIL, 2009), indicam a substituição dos termos mães sociais e pais sociais por educadores ou cuidadores, visando evitar ambiguidade de papéis ou outras consequências de natureza análoga na percepção da criança ou adolescente.

Dificuldades e aspectos positivos acerca do cuidado

De acordo com os processos de trabalho e o cuidado, muitos cuidadores mostram entender as suas ações de cuidado para além das necessidades básicas, e verbalizam interesse em ter maior participação na vida das crianças e adolescentes (PEREIRA, 2013). A satisfação decorrente da possibilidade de ajudar as crianças e adolescentes acolhidos em instituição se aproxima dos resultados da pesquisa de Silva (2009), que apontou a indignação com as desigualdades e injustiças sociais como motivo principal de ingresso dos cuidadores nessa atividade profissional. Logo, os cuidadores pesquisados por Silva (2009), acreditam que suas ações de cuidado com o potencial de práticas educativas poderão realizar mudanças na vida das crianças e adolescentes acolhidos na instituição.

Sobre a concepção de cuidado Pereira (2013), afirma em sua pesquisa que os cuidadores gostariam de ensinar sobre o respeito e o diálogo nas relações sociais entre as crianças e adolescentes das instituições de acolhimento. A concepção de cuidado dos cuidadores está relacionada com o contexto vivido com seus familiares na infância e nas diferentes experiências de vida. Para Freitas (1996), conhecer o contexto de origem, as histórias de vida e de trabalho desses profissionais possibilitam compreender que o indivíduo é construído socialmente, no contexto histórico e social em que está inserido.

Em relação às dificuldades encontradas no dia a dia de cuidado, conforme Pereira (2013), os cuidadores relatam que as suas dúvidas diante dos conflitos ocorridos nas casas lares entre as crianças e adolescentes, apontam suas dificuldades em intervir nessas situações. Eles percebem que algumas das situações demandam intervenções de caráter educativo, mas não sabem como resolver. A orientação recebida da equipe técnica é verificar se o conflito justificaria alguma medida disciplinar, mas nem todos os cuidadores se sentem seguros para intervir em determinadas situações (PEREIRA, 2013).

Na perspectiva de Freire (2010), os cuidadores poderão enfrentar os conflitos surgidos nas casas lares problematizando-os através da obtenção de uma formação profissional e desenvolver espaços para reflexão crítica e para a comunicação sobre o que acontece na realidade de trabalho. As possíveis formas de intervenção das cuidadoras poderão ser construídas no próprio contexto de convivência e de relações entre os moradores das casas lares, numa proposta de trabalhar junto com as crianças e adolescentes no processo de educação.

Neste sentido, esta pesquisa se propôs a analisar como os processos de cuidado são realizados pelos cuidadores da instituição, com a proposta de pensar em atuais políticas públicas de formação para que o este trabalhador possa desenvolver a função de cuidado com mais qualidade.

METODOLOGIA

A metodologia é definida de acordo com o problema de pesquisa apresentado. É um caminho que requer organização e trabalho, de modo que auxilie a chegar a um resultado esperado no trabalho.

“Nas ciências sociais não há um único método ou, então, procedimentos de observação estabelecidos de forma acabada e imutável. Ao contrário, é necessário, a cada vez que estamos diante um novo objeto a ser investigado, repensar as práticas da pesquisa. O método deve ser o resultado de uma escolha, a qual não se deve dar ao acaso, pois as escolhas metodológicas estão profundamente ligadas às escolhas teóricas e ao objeto construído como resultado de um processo de reflexão (COTANDA ET AL, 2008, P.63).”

Caracterização da pesquisa

Dentre tantas metodologias possíveis, a que mais se adequa a esta pesquisa foi a pesquisa Qualitativa Descritiva, que visa considerar melhor as percepções do sujeito entrevistado. Sobre a pesquisa qualitativa, Campos (2008), ressalta:

“Pesquisa qualitativa se fundamenta em uma estratégia baseada em dados coletados em interações sociais ou interpessoais, analisadas a partir dos significados que sujeitos e/ou pesquisadores atribuem ao fato. Neste tipo de pesquisa o pesquisador se propõe a participar, compreender e interpretar as informações (p. 57).”

Deste modo, este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa descritiva do tipo transversal, pois visa descrever as características da população estudada, tendo como padrão técnico a utilização de entrevistas. Gil (1991) propõe que: *“São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população”* (p. 25), assim como o objetivo da pesquisa em questão. No estudo do tipo transversal *“a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento, ou seja, em um ponto no tempo, tal como agora, hoje”* (FONTELLE et al., 2009, p. 7).

Participantes

Para trabalhar os procedimentos citados acima, participaram da pesquisa seis cuidadores da Casa de Acolhimento Lar Crescer, do Município de Xangri-lá. Estes cuidadores

trabalham por escala de horários neste local, portanto, as entrevistas foram combinadas e agendadas com cada um de maneira que ficou acessível para todos.

Instrumentos

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevistas. Segundo Minayo (2009), uma entrevista pode ser considerada como uma conversa com finalidade cuja caracterização depende de sua classificação.

A entrevista foi composta por um roteiro de questões semiestruturadas e abertas, nas quais os entrevistados tiveram a liberdade de expressar, à sua maneira, cada uma das ideias abordadas. Conforme Minayo (2013), a entrevista semiestruturada combina com perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

Procedimentos

Para dar início a este projeto de pesquisa, foi encaminhado à coordenadora da casa de acolhimento do município de Xangri-lá, o Termo de Anuência, com o objetivo de solicitar a permissão da realização da pesquisa na Instituição. Assim que ela concedeu a autorização, o projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil para ser avaliado pelo Comitê de Ética da UNICNEC.

Após a aprovação do Comitê de Ética, foi feito contato com os cuidadores da casa de acolhimento para apresentar e entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi explicado, para, posteriormente, ser assinado. De acordo com a disponibilidade de casa um, então, foi agendado uma data e horário para a realização das entrevistas.

Proposta de Análise de Dados

Para compreensão e interpretação de dados qualitativos, é importante observar o significado das experiências relatadas pelos participantes. Sendo assim, este estudo utilizou a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1979). A análise de conteúdo consiste em uma técnica que utiliza procedimentos sistemáticos e metas de descrição do conteúdo das mensagens que tem como objetivo obter indícios que possibilitem a articulação dos elementos adquiridos com os conhecimentos relativos a essas produções (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

“Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo inicia pela leitura das falas, realizada por meio das transcrições de entrevistas, depoimentos e documentos. Geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articular a

superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processos de produção de mensagem. Esse conjunto analítico visa a dar consistência interna às operações.” (MINAYO, 2013, p. 308).

Esta análise de conteúdo é executada por meio de uma tecnologia chamada análise temática, que lida com a ideia do tema associada a uma constatação sobre determinado assunto. Minayo (2013) salienta que a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado. Este tipo de análise, segundo a autora, ocorre em três etapas:

Pré-análise: leitura flutuante dos documentos que serão analisados a fim de compreendê-los na sua totalidade;

Exploração do material: primeiro faz-se um recorte do texto através de frases ou fragmentos. Após isso, escolhem-se regras de contagem procurando codificar as informações. E, por último, faz-se a classificação do material obtido procurando organizá-los em categorias.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: submissão dos resultados brutos onde o analista os interpretará relacionando com o quadro teórico.

Considerações éticas

Todos os participantes que responderam a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a autorização e realização das entrevistas, cientes de que as informações geradas seriam divulgadas, via relatório e publicações, seguindo os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, ressaltando que os mesmos teriam suas identidades preservadas para que não houvesse constrangimentos.

O projeto desta pesquisa foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição, através da Plataforma Brasil, pois se trata de uma pesquisa com seres humanos, conforme o parecer número 3.224.302.

RESULTADOS

A análise de conteúdo das entrevistas será apresentada em dois momentos: inicialmente, será feita uma caracterização dos participantes da pesquisa e da rotina de trabalho dos mesmos. Após, será apresentada a categorização das respostas da entrevista realizada.

Caracterização dos participantes

A Casa de Acolhimento Lar Crescer conta com seis cuidadores e todos eles realizaram as entrevistas para esta pesquisa. Dentre eles estão cinco mulheres e um homem, com idades entre 27 e 48 anos. Quatro destes cuidadores foram selecionados via Concurso Público e os outros dois são Cargos de Confiança. Todos têm em torno de dois anos de trabalho dentro da Casa de Acolhimento. Para os cuidadores que ocupam Cargo de Confiança não foi exigido formação em nível superior para trabalhar na instituição. Os cuidadores que são concursados devem estar cursando ou ter cursado alguma graduação em licenciatura ou em Assistência Social. Dos quatro cuidadores concursados, dois são formados em Assistência Social e dois em Pedagogia.

Caracterização da rotina de trabalho

A rotina de trabalho se dá por meio de plantões com 12 horas trabalhadas e 36 horas de descanso, sendo que ficam dois cuidadores por plantão. A rotina dos cuidadores que fazem plantão entre as 07:00 horas da manhã e as 19:00 horas da noite são cuidados como levar à escola e às atividades extras e de lazer, servir as refeições, realizar cuidados com a higiene das crianças e adolescentes. Já a rotina dos cuidadores que fazem plantão das 19:00 horas da noite às 07:00 horas da manhã é um pouco diferente, pois as crianças não têm atividades externas, somente em casos de emergência, então, o cuidado é basicamente com a higiene, tarefas escolares, refeições e sono. De acordo com a rotina de trabalho e relação com os acolhidos, os cuidadores responderam às entrevistas desta pesquisa.

Análise de conteúdo

A análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os cuidadores da casa de acolhimento possibilitou identificar quatro categorias: práticas educativas, dificuldades acerca

do cuidado, aspectos positivos acerca do cuidado e sentimentos. A partir destas categorias, surgiram subcategorias. Para facilitar a visualização das mesmas, elas foram organizadas na tabela abaixo.

Tabela 1: Categorias e Subcategorias

Categorias	Subcategorias
Práticas educativas.	Diálogo. Transmissão de afeto. Atividades de lazer.
Dificuldades acerca do cuidado	Dizer não. Manejo de situações de conflitos. Lidar com o apego. Lidar com situações de risco. Lidar com adolescentes. Lidar com o enfrentamento. Quando chega um novo acolhido. Separar trabalho e vida pessoal.
Aspectos positivos acerca do cuidado	Boas condições de trabalho. Formação continuada. Vínculo como potência.
Sentimentos	Medo. Dúvida. Apreensão. Insegurança.

Fonte: autor

Práticas Educativas

Ao falarem sobre sua rotina de trabalho na casa de acolhimento, os cuidadores relataram as práticas educativas que utilizam no seu cotidiano com as crianças e adolescentes. Entre elas, foi possível identificar a presença de diálogo, a transmissão de afeto e a realização de atividades de lazer com crianças e adolescentes.

Diálogo

“No começo eu não falava a linguagem deles, hoje eu já digo, faço gestos brinco... Fico bem à vontade porque o universo deles é esse, não é regradinho” (Flávia).

“Eu chego neles devagarinho, vou conversando, é que eu acho fácil, tenho uma boa comunicação...” (Rosana).

“Tu sabe que eu tenho uma facilidade... Eu tenho uma facilidade muito grande de comunicação. Então assim, eu me dou muito bem com todo mundo, eu tenho uma facilidade de me expressar bem boa e com as crianças é assim bem tranquilo... Eu sou bem acessível de chegar e conversar, acho que isso é uma potencialidade que eu tenho” (Marina).

Transmissão de afeto

“Bom, eu uso muito do amor e do carinho pra conviver bem com eles, ensino as coisas certas, erradas...” (Flávia).

“Eu vejo que aqui a gente transmite muito amor para as crianças e para o trabalho, isso faz tudo ficar mais fácil, eles precisam muito de amor” (Marina). “„É muito ruim ter que te tirar as coisas quando tu fazes alguma coisa errada, mas eu preciso fazer isso porque eu te amo e não quero que alguém lá fora te chame de marginal e sem vergonha”, aí eles falam “ai nem gosta de mim nada”, eu falo “gosto e amo sim e é exatamente por isso que faço desse jeito”” (Letícia). “O afeto é dado de várias maneiras por nós, dar um banho, uma comida e eles não tinham isso. Eu sempre mostro preocupação com eles e isso também é afeto” (Marina).

Atividades de lazer

“A gente faz festa de aniversário, eles escolhem presentes... No final de semana a gente programa uma sobremesa...” (Flávia).

“Eu gosto muito de brincar com eles e passear na praia. São coisas que eu gosto muito de fazer com eles e eu sei que eles gostam de fazer isso também. Eu gosto bastante mesmo jogar futebol, brincar, passear...” (Vitor).

“Os trabalhos manuais acho que é uma coisa que eles gostam sempre e também é um caminho pra eu vincular. Já fizemos tiaras de unicórnio para as meninas, filtro dos sonhos... Eu gosto muito de decorar, igual na Páscoa àquela decoração toda, no Natal...” (Rosana).

“... a gente dá um filme pra eles olharem, faz algum tipo de recreação...” (Marina).

Dificuldades acerca do cuidado

As dificuldades mencionadas pelos cuidadores da casa de acolhimento dizem respeito às práticas educativas utilizadas por eles, como não conseguir “dizer não”, o manejo de situações de conflitos, lidar com o apego com as crianças e adolescentes, lidar com situações de risco, lidar com adolescentes, lidar com o enfrentamento, lidar com situações quando chega um novo acolhido e separar trabalho e vida pessoal.

Dizer não

“... mas eu não sei dizer não pra eles, tipo “ai tia deixa eu mexer no teu celular, é só uma música”, e eu digo não, daí eles vão insistindo e eu deixo. “Ai tia deixa eu comer fora de hora”, “não, tu sabe que não da”, depois eu digo “ta come”. Porque eu fico assim com dó. Porque eles não têm, daí eles já ficam trancados aqui sabe. Eles não tinham rotina e viviam na rua, daí tudo que eles pedem eu digo sim” (Flávia).

Manejo de situações de conflitos

“Assim, quando acontece alguma briga, uma coisa que eu digo é “não, calma, não vão brigar”, assim eu acho difícil manejar, não sei conversar tipo que nem psicóloga” (Flávia).

Lidar com o apego

“Aqui eu estou me limitando um pouco, porque eu já tive algumas frustrações de ter envolvimento e apego com as crianças, não daqui tá? Fora daqui, na minha experiência anterior, em que no fim as coisas acabavam indo pra uma outra situação e eu perdia o contato com as crianças” (Letícia).

“Chega ao final de semana e se algum final de semana eu trabalho de dia, porque normalmente é de noite, eu pego eles no domingo e levo tudo lá pra casa. Eu faço aniversário, eu convido eles pra essas junção. Talvez eu esteja dando uma abertura demais para minha vida pessoal, me apegando demais a eles, mas até hoje nunca me complicou em nada, porque teve um caso bem difícil que a gente teve aqui, nem com esse caso eu nunca tive problema. Inclusive esse caso difícil, esse menino, perguntou pra mim se eu queria adotar ele” (Marina).

Lidar com situações de risco

“Trazer pra eles que a realidade que eles viveram até agora não é uma realidade de todos, eu tento mostrar que eles podem ter uma vida melhor. Que tem muita gente que vive sem tráfico, sem violência, sem fome...” (Letícia).

“... é difícil quando envolve risco, sabe. Quando chega alguém que se envolve ou já se envolveu com drogas ou com grupo de pessoas erradas” (Anita).

Lidar com adolescentes

“... às vezes as situações te colocam de uma maneira... só a conversa não traz nenhuma pressão, principalmente o adolescente, ele não vai nem te escutar, se tu ficar falando bem baixinho e tal, ele não para pra te escutar porque ele não tem paciência pra conversa” (Letícia).

“... o adolescente já traz mais carga, já tem mais força, já tem a opinião mais formada, já viveu mais... Então os processos dentro da casa com o adolescente se torna mais complicado, porque ele tem mais vivências...” (Anita).

“A maior dificuldade que eu já tive aqui foi com adolescente... eu tive muito medo e até deu vontade de sair” (Rosana).

“... depois de uma situação com uma menina, eu peguei trauma de adolescente... daí eu fiquei com aquela coisa assim que todo adolescente que entrasse eu ia ter problemas, graças a Deus estou me desmistificando” (Marina).

Lidar com o enfrentamento

“Tem acolhido que bate de frente, ele te xinga, ele te ofende, te empurra, não está nem aí e joga na tua cara, “tu está aqui pra me cuidar e eu faço o que eu quiser... a casa é minha e tu não pode me bater... se tu me bater eu vou contar pra juíza...”” (Letícia). “... desobediência, tu pede uma vez e não faz, aí pede de novo” (Anita).

Quando chega um novo acolhido

“Quando eles chegam são novas experiências, eles chegam fechados, alguns são difíceis até se abrirem com nós. Nenhum deles chega aqui cheio de amor” (Letícia).

“Acho que a maior dificuldade é os primeiros dias quando chega um novo acolhido. Até a gente conseguir a confiança deles e conseguir lidar de uma forma mais clara, sem a gente saber como essa criança funciona digamos assim. Então nos primeiros dias, pra mim, acho que é a maior dificuldade... esse período inicial quando alguém chega” (Vitor).

“Acho que o período mais difícil é quando a criança entra, que daí tu tem que ter todo aquele processo de adaptação. Eu acho que é a parte mais difícil, que tu tem que ter todo aquele processo de adaptação, do meio em que eles vieram, do meio social, cultural que eles vieram pra outra realidade daqui” (Marina).

Separar trabalho e vida pessoal

“Às vezes eu estou em casa e toca meu telefone, eu olho “ah é do lar”, eu olho pro

meu marido e ele fala “que que tu já está atendendo esse telefone da casa, tu não precisa saber, tu está de folga.” Não é só o meu marido que me cobra, minha filha também me cobra, tenho uma filha de 24 anos e ela é uma adulta, mas ela diz “ó mãe é eu hoje, tuas crianças tu deixa lá”. Muitas vezes não tem como separar, não existe a Leticia cuidadora e a Leticia mãe. Difícil separar a mãe biológica e a mãe social” (Leticia).

“Agora como tem dois a menos eu passo mais tempo aqui do que em casa, às vezes os meus filhos notam, “ah tu oferece mais amor e carinho pra eles”. Se eles precisam de roupa, calçado, tudo eu compro, até Avon” (Flavia).

“No começo eu me atrapalhei bastante, agora estou melhor, porque essa coisa de separação eu não consigo, separar lá em casa ou aqui” (Rosana).

“A gente leva muita coisa pra casa sabe, nos primeiros oito meses eu saia daqui, mas minha cabeça continuava aqui. Eu chegava em casa e as gurias “ba tu não desliga”... Todos eu levo lá em casa” (Marina).

Aspectos positivos acerca do cuidado

Os aspectos positivos relatados pelos cuidadores em relação ao processo de cuidado das crianças e adolescentes foram a presença de boas condições de trabalho, a formação continuada recebida e o vínculo como uma potência de trabalho com as crianças e adolescentes.

Boas condições de trabalho

“... aqui é um pouco diferente por ser menor (cidade pequena), a gente consegue ser um pouco mais próximo tanto das crianças quanto da estrutura que tem em volta (rede intersetorial)... Aqui se torna mais tranquilo de fazer este trabalho em função disso...” (Leticia).

“... mas aqui a gente tem uma estrutura excepcional comparado com outras realidades... aqui as condições são boas” (Vitor).

Formação continuada

“Nós já fizemos treinamentos, vários cursos, seminários, no primeiro e no segundo ano. A gente participa de seminários inclusive com outras casas de acolhimento. Existe um seminário que é feito todo ano, que é das casas de acolhimento do litoral norte” (Leticia).

“Foi exigido que eu estivesse estudando serviço social ou pedagogia, para que tivesse alguma instrução para trabalhar com crianças né...” (Anita). “Teve formação no instituto de humanidades em Porto Alegre que era sobre o tema de casa de acolhimento. Já teve atividades com o direito da criança e do adolescente em Osório...” (Vitor).

“A formação que eu tive foi com o pessoal da Assistência Social... aqui na casa já tivemos vários cursos, palestras...” (Marina).

Vínculo como potência

“O vínculo se faz sem tu nem fazer força porque eles chegam aqui muito carentes de vínculo e de atenção... Automaticamente se cria o vínculo, porque a dependência começa pelas coisas básicas, o comer, tomar um banho, levar à escola... Transmitir esse cuidado básico que é o que disse aqui vai criando o vínculo, vai fazendo esse papel de “mãe”. Aí vai se criando os outros vínculos. Cria vínculo com um, com outro de maneira diferente, porque cada criança é um perfil” (Leticia).

“...o vínculo sempre acaba acontecendo, porque a gente tem essa relação aqui praticamente de pai e filho, então tem esse vínculo, não tem como não ter... Enquanto eu estou aqui eu busco ter o maior vínculo afetivo possível, até porque na minha opinião, quanto maior for o vínculo, maior vai ser o respeito que eles vão ter por mim também. Porque eles vão me ver como uma pessoa que gosta deles e que eles possam gostar de mim. Então ter esse vínculo de carinho e de amor acho que é muito importante também” (Vitor).

“O processo de vínculo é diferente de acordo com a necessidade de cada um deles por afeto, tu vai pegando aos poucos, mas o vínculo sempre acontece e isso ajuda muito na forma de cuidado com eles” (Marina).

Sentimentos

Os sentimentos relatados pelos cuidadores despertados em seus processos de cuidado com as crianças e os adolescentes foram o medo, a dúvida, a apreensão e a insegurança.

Medo

“... a gente fica se mandando Whatsapp quando entra alguém até, daí a gente fica meio nervosa, apavorada... porque pode entrar drogado, bandido, já entrou gente de facção... A realidade deles é bem complicada, se não, não estariam aqui né” (Flavia).

Dúvida

“Esse limite entre meus valores e a educação que eu dou para os meus filhos e pra eles é muito difícil, fico pensando se é minha função educar ou não, mas fico com medo de como vai ser lá fora depois pra eles sabe” (Leticia).

“O trabalho aqui é parecido com uma vida cotidiana nossa em casa, mas também é diferente porque a resposta deles é diferente dos meus filhos em casa né. Até porque aqui eles tiveram outro tipo de educação, até eles chegarem aqui, tiveram algumas dificuldades que talvez nossos filhos em casa não tenham. Então tu tenta agir igual, mas a resposta diferente. Aí fica “o que eu faço agora né?” Lá em casa eu faço e dá certo, aqui eu faço e não deu” (Anita).

“É difícil alguns manejos, a gente não sabe se acolhe demais ou de menos... a gente não sabe balancear quando precisa entrar em ação” (Anita).

Apreensão

“Eu fico apreensiva nos primeiros dias de algum acolhido novo. Talvez a apreensão é mais minha do que deles, ainda mais acolhimento, a gente fica meio assim né...” (Anita).

“Já passou dois anos, saiu e entrou muita gente, mas eu sempre fico apreensiva nessas situações” (Flavia).

Insegurança

“Quanto à agressividade e à conduta deles eu não me sinto 100% segura de que eu estou manejando certo. Isso eu ainda vou pra casa pensando, será que eu podia ter feito desse jeito ou daquele jeito” (Letícia).

DISCUSSÃO

A importância do trabalho das equipes de assistência à criança em situação de acolhimento foi reconhecida pela legislação vigente e pelas políticas de desenvolvimento social (CONANDA/CNAS, 2006). Estas diretrizes recomendam que o atendimento possua um enfoque profissional e especializado, que tem por objetivo principal o desenvolvimento da criança e do adolescente, ressaltando também que a entidade de acolhimento deve priorizar o estabelecimento de uma relação afetiva, segura e estável da criança e do adolescente com o cuidador. Os resultados desta pesquisa demonstraram que, nos processos de cuidados, os cuidadores da Casa de acolhimento passam por inúmeras situações, sejam elas em relação às práticas educativas utilizadas, dificuldades encontradas no trabalho e até mesmo sentimentos diversos identificados neste processo. Contudo, aspectos positivos também foram identificados, como foi possível perceber nas falas dos entrevistados.

As práticas educativas mencionadas nos processos de cuidado dizem respeito ao diálogo, à transmissão de afeto e as atividades de lazer realizadas com as crianças e adolescentes. Conforme Moré e Speranatta (2010), o afeto proveniente

da relação dos cuidadores com os acolhidos, assim como as práticas educativas por eles exercidas, influenciarão no processo de desenvolvimento do acolhido, bem como o acesso a relações saudáveis. O diálogo aparece como um impulso inicial para a aproximação dos cuidadores, assim, os outros processos, como a transmissão de afeto e as atividades de lazer, vão acontecendo de forma gradual, de acordo com o perfil de cada acolhido.

O trabalho de cuidador traz algumas dificuldades mencionadas pelos entrevistados. A falta de habilidade com as práticas educativas pode fazer com que as relações entre cuidadores e acolhidos sofram alguns problemas, como o manejo nas situações de conflito, no qual os cuidadores não conseguem desempenhar ou manter um diálogo que possam trazer controle na situação, levando, também, algumas vezes, à flexibilidade na hora de obter uma postura mais incisiva.

Lidar com o apego também foi mencionado como uma dificuldade em relação aos processos de cuidado. Alguns cuidadores relataram dificuldades em lidar com o retorno das crianças e adolescentes para sua família de origem após estarem fortemente apegadas a eles. Em relação a este aspecto, o CONANDA/CNAS (2006) recomendou a substituição do termo “mãe/pai social” por cuidador/educador residente, de modo a evitar ambiguidade de papéis, disputa com a família de origem, ou fortalecimento da ideia de permanência indefinida do acolhido na instituição.

As situações de risco que envolvem os acolhidos antes ou até durante o processo de acolhimento institucional foram relatadas pelos entrevistados como um fator de dificuldade. De acordo com Mota e Matos (2008) e Julião e Pizeta (2011), a falta de estabilidade e a fragilidade de vínculos estabelecidos durante o desenvolvimento, bem como inúmeras situações vividas no cotidiano, como desemprego, pobreza, desigualdade, exclusão social e contexto de violência, contribuem para que as famílias e seus membros sejam expostos a situações de vulnerabilidade e risco, e estariam associados à manifestação de comportamentos desadaptativos, facilitando a entrada de crianças e adolescentes na vida infracional.

A chegada de um novo acolhido, lidar com adolescentes e o enfrentamento dos mesmos foram mencionados através das dificuldades encaradas pelos cuidadores. Embora a institucionalização não represente, em muitos casos, uma transição negativa, o processo de adaptação e a formação de novos vínculos se tornam um processo difícil tanto para os cuidadores como para os acolhidos, pois o

rompimento do convívio familiar e social pode trazer uma conduta mais defensiva e desadaptativa, principalmente nas situações de conflito.

Ainda sobre as dificuldades, os cuidadores trouxeram que separar o trabalho e vida pessoal se torna difícil por serem realidades bem parecidas, principalmente se tratando de vínculo e cuidado, fazendo com que a família destes cuidadores passe a perceber através das atitudes de seus membros que o trabalho está comprometendo a vida pessoal em algumas áreas. Assim como os autores Lima (2009), Tomás (2010) e Oliveira (2011), apontam em suas pesquisas que a relação maternal e afetiva para com as crianças acolhidas pode ultrapassar a postura técnica, fazendo com que o cuidador tenha que refletir sobre sua identidade profissional e pessoal. As cuidadoras assumem um lugar profissionalmente de referência afetiva constante e um acompanhamento diário das crianças e adolescentes, assemelhando-se provisoriamente às funções parentais, ao mesmo tempo em que devem manter uma postura e visão técnica (MEDEIROS E MARTINS, 2018).

Diante disso, os cuidadores apontaram como um dos aspectos positivos em relação ao cuidado a formação continuada, que servirá como preparação profissional para lidar com as situações de trabalho, bem como o acompanhamento técnico necessário ao longo do desenvolvimento desta função. Neste sentido, Costa (2015) destaca a importância de qualificar os profissionais de instituições de acolhimento para fim do bom desenvolvimento do acolhido e o manejo nas situações de cuidado. As boas condições de trabalho também foram citadas durante as entrevistas como aspectos positivos, tratando-se, além de infraestrutura, uma boa comunicação com as redes intersetoriais pelo fato de residirem em uma cidade pequena.

Em relação aos aspectos positivos, os cuidadores também relataram o vínculo como potência nos processos de cuidado, destacando-o como um auxílio na construção de respeito e afeto entre acolhido e cuidador, o que traz a importância de relações saudáveis para saúde mental e bem estar das crianças e adolescentes em situação de acolhimento. Em relação a este aspecto, Bianchin e Gomes (2018) e Medeiros e Martins (2018) afirmam que é no acolhimento institucional que se realizam e desempenham atividades, papéis e funções, abrindo espaço para o desenvolvimento de relações recíprocas, de equilíbrio de poder e de afeto estável ao proporcionar a interação com outras pessoas, levando ao resgate do vínculo, visto que, muitas vezes, a história destas crianças foi interrompida por questões de abandono, negligência, abuso e pobreza.

Em relação aos sentimentos que acompanham os cuidadores nos seus processos de cuidado, surgiram emoções diversas. O medo e a apreensão apareceram em momentos de entradas e saídas dos acolhidos, por não saberem o que as esperava nestes momentos. Já os sentimentos de dúvida e insegurança foram relacionados a algumas práticas educativas, principalmente ao manejo e à educação dos acolhidos. Para os autores Medeiros e Martins (2018), o trabalho de cuidador residente é altamente demandante e, quando associado à ambiguidade vivida acerca das atribuições e das expectativas das crianças, da instituição de trabalho e do Estado, aumenta-se a possibilidade de desenvolverem vários sentimentos, como angústia, insegurança e medo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foram apresentados aspectos relevantes ao processo de cuidado na visão dos cuidadores no acolhimento institucional. O principal objetivo foi descrever as dificuldades e os aspectos positivos encontrados durante este processo em seu trabalho.

A partir dos conteúdos relatados pelos cuidadores, podem ser observadas grandes dificuldades em relação às práticas educativas com os acolhidos, mesmo havendo formações. De acordo com Lima (2009), a formação de cuidadores diretos de crianças em situações de acolhimento institucional não deve ser concebida como um meio de acumulação de conhecimentos, salientando a importância de um trabalho de reflexão crítica sobre as práticas desenvolvidas no dia a dia, os sentimentos suscitados pelo contato com a realidade das crianças sob sua responsabilidade e as experiências anteriores ao acolhimento.

As leis e diretrizes por trás do acolhimento institucional proporcionam uma base segura para a criança e o adolescente que vivem nesta situação. Além disso, os acolhidos contam com o vínculo e o afeto oferecido pelos cuidadores como uma potência para o seu desenvolvimento. Conforme já foi mencionado, é no acolhimento institucional que se realizam e desempenham atividades, papéis e funções, abrindo espaço para o desenvolvimento de relações recíprocas, de equilíbrio de poder e de afeto estável ao proporcionar a interação com outras pessoas (Siqueira, 2006). Assim, embora a institucionalização geralmente esteja relacionada ao sofrimento, os acolhimentos institucionais podem proporcionar um espaço seguro e protetivo, possibilitando acolhimento e relações satisfatórias.

Por fim, foi possível perceber que ainda há muito a ser visto dentro das dificuldades e

dos aspectos positivos no ambiente de acolhimento, bem como em relação às práticas vivenciadas pelos cuidadores. Vale ressaltar as limitações em relação à quantidade restrita de publicações para os programas sociais. Assim, espera-se que ocorra uma evolução positiva dentro das pesquisas relacionadas aos cuidadores e ao acolhimento institucional, bem como a implementação de políticas públicas com o propósito de oferecer formações para que o cuidador possa exercer sua função com mais qualidade e segurança técnica.

REFERÊNCIAS

- [1] ALBORNOZ, A. C. G. Perspectivas no Abrigamento de Crianças e Adolescentes Vitimizados. In S. L. R. Rovinski, R. M. Cruz (Orgs.) **Psicologia Jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção**. São Paulo: Vetor. 2009.
- [2] BIANCHIN, L. F.; GOMES, K. M. O desenvolvimento da empatia e vínculo afetivo em crianças e adolescentes abrigados. **Revista de Iniciação Científica**, UNESC, Criciúma, v. 16, n. 1, 2018.
- [3] BOWLBY, J. **Apego e perda: apego, 1**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- [4] BRASIL. Lei 8.069, de 13.0.1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União; Brasília, 16 jul. 1990. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm Acessado em: 08 de Setembro 2018.
- [5] Brasil (2006A). Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária - PNCFC. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriancasAdolescentes%20.pdf Acessado em 16 de Novembro 2018.
- [6] BRASIL (2009). Orientações técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente/Conselho Nacional de Assistência Social. Disponível em: http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/pdf/orientacoes_tecnicas.pdf Acessado em: 10 de Novembro 2018.
- BRITO, C. O.; ROSA, E. M. Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes: Desafios e Possibilidades. In: Avellar; L. Z.; Rosa, E. M. **Psicologia, Justiça e Direitos Humanos**. Ed. Juruá; 2018; p. 228.
- [7] CAMPOS, Luis Fernando Lara. Método em ciência e em Psicologia. In. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia**. Campinas, Editora Alínea, 4 ed., 2008.

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. (CONANDA) e Conselho Nacional de Assistência (CNAS). Plano Nacional de Promoção, Defesa e Garantia do Direito da Criança e do Adolescente à Convivência Familiar e Comunitária. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH. 2006.

[8] COSTA, V. S. (2015) **Desenvolvimento e avaliação de impacto de intervenção preventiva para Síndrome de Burnout em cuidadores residentes.** (Dissertação de Mestrado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

[9] COTANDA, F. C.; SILVA, M. K.; ALMEIDA, M. L.; ALVES, Ca. F.. **Processos de Pesquisa em Ciências Sociais: uma introdução.** In: PINTO, Céli Regina Jardim; GUAZELLI, César Augusto Barcellos (org). Ciências Humanas: pesquisa e método. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008, p.63-83.

[10] FIORELLI, J. O.; MANGINI, R.C., R. **Psicologia Jurídica.** São Paulo: Atlas. 2010. 426 p.

[11] FONTELLE, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 69-76, set. 2009.

[12] FREIRE, P. **Ação Cultural para a liberdade e outros escritos.**São Paulo: Paz e Terra, 2010.

[13] FREITAS, M.F.Q. Contribuições da Psicologia Social e Psicologia Política ao Desenvolvimento da Psicologia Social Comunitária. Os paradigmas de Silvia Lane, Ignácio Martín-Baró e Maritza Montero. **Psicologia & Sociedade**. v.8, n.1.(1996). p.63-82.

[14] GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (organizadoras). **Métodos de Pesquisa.** 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

[15] JULIÃO, C. H.; PIZETA, F. A. A rede social e o acolhimento institucional de crianças e adolescentes: a (re) construção dos direitos ameaçados ou violados. **Rev. Triang. Ens. Pesq. Ext.** Uberaba – MG, n. esp .dez., p. 13-29, 2011.

[16] Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990 (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Disponível em:

[17] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm Acessado em 16 de Novembro 2018.

[18] MEDEIROS. B., C., D; MARTINS, J. B. O Estabelecimento de Vínculos entre Cuidadores e Crianças no Contexto das Instituições de Acolhimento: um Estudo Teórico. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Jan/Mar. 2018 v. 38 n°1, 74-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002882017> Acessado em: 10 de Novembro 2018.

[19] MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 13º ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

[20] MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MORÉ, C. L. O. O.; SPERANCETTA, A. Práticas de pais sociais em instituições de acolhimento de crianças e adolescentes. **Psicologia & Sociedade**; 22 (3): 519-528, 2010.

[21] MOTA, C. P.; MATOS, P. M. Adolescência e Institucionalização numa perspectiva de vinculação. **Psicologia & Sociedade**; 20 (3): 367-377, 2008.

[22] Oliveira, D. R. (2011). **Maternidade, missão e renúncia: um estudo sobre mães sociais**. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

[23] Organização das Nações Unidas – ONU. (2009). Diretrizes de cuidados alternativos à criança. Disponível em: [http://www.neca.org.br/images/apresent._II%20seminario/Guidelines%20Portuguese%20-%20ONU%20CUIDADOS%20ALTERNATIVOS%20\(1\).pdf](http://www.neca.org.br/images/apresent._II%20seminario/Guidelines%20Portuguese%20-%20ONU%20CUIDADOS%20ALTERNATIVOS%20(1).pdf) Acessado em: 10 de Novembro 2018.

[24] PEREIRA, A. M. S. (2013). **Dimensões psicossociais das práticas de cuidado: um olhar de mães sociais de casas lares**. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.

[25] Portaria Nº 397, de 9 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional, autoriza a sua publicação e revoga a portaria que menciona. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/legislacao.jsf>. Acessado em: 16 de Novembro 2018.

[26] SILVA, G. H. Educador Social: uma identidade a caminho da profissionalização?. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.35, n.3, p. 479-493, set./dez. 2009.

[27] SIQUEIRA, A. C. (2006). **Instituições de abrigo, família e rede de apoio social e afetivo em transições ecológicas na adolescência**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Rio Grande do Sul.

[28] TOMÁS, D. N. (2010). **Conhecendo o perfil mediacional de mães sociais: um estudo sobre as interações em abrigos**. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais.

[29] TOMÁS, D. N., & VECTORE, C. Perfil mediacional de mães sociais que atuam em instituições de acolhimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 32(3), 576-587. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300005> Acessado em: 10 de Novembro 2018.

**ALIENAÇÃO PARENTAL E O DESENVOLVIMENTO DE ESQUEMAS
DESADAPTATIVOS REMOTOS: Estudo de caso.**

Alana Fronczak¹

Leandro Alencastro²

RESUMO: Inúmeros estudos apontam para os efeitos nocivos de relações familiares tóxicas como a alienação parental, que refletem negativamente na saúde física e emocional de crianças e adolescentes. **Objetivo:** o presente estudo de caso buscou investigar a Alienação Parental como possível evento estressor precoce e examinar os esquemas desadaptativos remotos. **Método:** Foram realizados seis atendimentos psicológicos para entrevistas. Foram utilizados os instrumentos: “Questionário de Esquemas de Young- YSQ3” e a “Entrevista de Anamnese de Young”. **Discussão:** a alienação parental principalmente quando realizada por pai e mãe dificulta o atendimento das necessidades emocionais e pode estar relacionada a formação de diversos esquemas remotos desadaptativos. **Resultados:** a criança vítima de alienação parental apresentou os seguintes esquemas remotos desadaptativos: abandono e instabilidade, emaranhamento, fracasso, inibição emocional, postura punitiva. **Conclusão:** Alienação parental pode apresentar efeitos danosos como a formação de esquemas remotos desadaptativos sintomas de depressão e ansiedade em crianças e adolescentes.

Palavras chave: Alienação Parental, Terapia do esquema, Estresse precoce, Esquemas desadaptativos remotos, Separação Conjugal.

ABSTRACT: Numerous studies point to the harmful effects of toxic family relationships such as parental alienation, which have a negative impact on the physical and emotional health of children and adolescents. **Objective:** the present case study sought to investigate Parental Alienation as a possible early stressful event and to examine remote maladaptive schemes. **Method:** Six psychological consultations were conducted for interviews. The following instruments were used: “Young-YSQ3 Scheme Questionnaire” and “Young Anamnesis Interview”. **Discussion:** parental alienation, especially when performed by a father and mother, makes it difficult to meet emotional needs and may be related to the formation of various maladaptive remote schemes. **Results:** the child victim of parental alienation presented the following remote maladaptive schemes: abandonment and instability, entanglement, failure, emotional inhibition, punitive posture. **Conclusion:** Parental alienation can present harmful effects such as the formation of remote maladaptive symptoms of depression and anxiety in children and adolescents.

Key Words: Parental Alienation, Scheme Therapy, Early Stress, Remote Maladaptive Schemes, Marital Separation.

1 Estudante de graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

2 Mestre em Psicologia UFCSPA

1 Introdução

A Alienação Parental, que, apesar de existir a muitas décadas e trazer inúmeros problemas psicológicos, somente foi aceita nas linhas jurídicas e passou a fazer parte do seu ordenamento com a Lei nº 12.318, sancionada em 26 de agosto de 2010, que considera o ato de alienação parental uma interferência na formação psíquica da criança, conforme o artigo 2º da referida lei.

Art. 2º Considera-se ato de alienação parental a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este.

Entende-se que o sujeito desenvolve sua estrutura psíquica buscando representar os padrões de relacionamento interpessoais já conhecidos e, dentre os fatores frequentemente associados aos problemas infantis, destaca-se a interação entre a criança e seus familiares. (Silvares & Souza, 2008). Com isso, muitas pesquisas têm relacionado a discórdia familiar e a separação conjugal a prejuízos emocionais e comportamentais apresentados por muitas crianças e adolescentes. (Benetti, 2006).

Portanto, o presente trabalho busca explorar um entendimento maior acerca dos fatores de risco na infância para o desenvolvimento de padrões de funcionamento psicológico disfuncionais, como também os danos causados pela Alienação Parental.

Abordar-se-á as possíveis consequências para o sujeito que vive neste contexto, relacionando-as com os esquemas remotos desadaptativos, visto que, para Young “os esquemas desadaptativos remotos iniciam-se na infância ou na adolescência como representação de seu ambiente fundamentado na realidade que está inserido” (2008, p. 23).

Com base nos conceitos de esquemas de Young, verificamos a influência dos rompimentos no ciclo de vida familiar e os comportamentos dos cuidadores que afetam o desenvolvimento infantil, buscando compreender a dinâmica familiar e os aspectos que levaram ao não atendimento das necessidades emocionais fundamentais e o surgimento de determinados esquemas.

O presente estudo é de enorme relevância, pois os efeitos nocivos de uma desestruturação familiar trazem grandes prejuízos emocionais e comportamentais. Tais danos

refletem no modo de agir e pensar do indivíduo ao longo da vida, como também influenciam em suas relações pessoais, sociais e profissionais, refletindo negativamente em sua saúde física e emocional.

2 Resultado

Compreendemos que o desenvolvimento e as transformações do ser humano ao longo da vida ocorrem em vários contextos, valores e modos de estar e ser concretos. Desde o primeiro dia de vida até o último, o indivíduo está se desenvolvendo e conseqüentemente provocando outras mudanças que vão o influenciar em seu todo, como ressalta Portugal onde “as bases do desenvolvimento nos seus diversos aspectos físicos, motores, sociais, emocionais, cognitivos, linguísticos, comunicacionais, etc.” (2009, p. 07).

Piaget destaca também que o conhecimento não pode ser concebido como algo predeterminado desde o nascimento (inatismo), nem como resultado do simples registro de percepções e informações (empirismo). Resulta justamente das ações e interações do sujeito com o ambiente onde vive. Para ele, “o conhecimento é uma construção que vai sendo elaborado desde a infância através de interações do sujeito com os objetos que procura conhecer, seja ele do mundo físico ou cultural” (PIAGET, 1971, p.15).

Porém, as primeiras experiências na infância são as mais importantes, como Portugal defende que “o período da infância e as primeiras experiências de vida do ser humano enquanto criança determinam aquilo que o ser humano será enquanto adulto, pois é nesse período que o sujeito aprende sobre si, sobre os outros e sobre o mundo” (2009, p. 25).

Segundo o dicionário, a palavra infância é definida como “o período de crescimento do ser humano, que vai do nascimento até a puberdade”, trazendo como uma fase de desenvolvimento do ser humano e também “é o primeiro período de existência de uma instituição, sociedade, etc. É o período da vida que vai do nascimento à adolescência, extremamente dinâmico e rico, no qual o crescimento se faz, concomitantemente, em todos os domínios.” (FERREIRA, 2004, p. 56).

Nunes e Silva nos diz que “[...] independentemente do reconhecimento que se possa ter de suas dimensões. É a parte da vida em que se dão as primeiras descobertas do mundo das relações que, a partir do ambiente e do sujeito, possam acontecer” (2000, p. 10). Portanto, todas as vivências saudáveis da criança nesta etapa da vida tornam-se essenciais para o seu

bom desenvolvimento.

A criança nasce em um meio social, que é a sua família, e nela estabelece as primeiras relações com a linguagem na interação com os outros e nas interações cotidianas da criança é necessário que haja a intervenção de outro para que uma relação se estabeleça, sendo que com os adultos acontece espontaneamente. É nesta fase que o indivíduo está mais dependente de sua família. (Vygotski, 1994, p. 135)

Portanto, no contexto familiar existem necessidades que precisam ser satisfeitas durante a infância de cada indivíduo, considerando que estas necessidades emocionais fundamentais, de acordo com a singularidade de cada sujeito, contribuem de forma importante para o bom desenvolvimento e o ajustamento emocional saudável de cada indivíduo, necessidades estas descritas como: vínculos seguros com outros indivíduos (inclui segurança, estabilidade, cuidado e aceitação), autonomia, competência e sentido de liberdade, liberdade de expressão, necessidades e emoções válidas, espontaneidade e lazer, limites realistas e autocontrole. (Young, 2008). Como exemplifica a tabela seguinte:

2.1 Alienação Parental

O termo Síndrome de Alienação Parental foi proposto pelo psiquiatra norte americano Richard Gardner em 1985. Trindade assim o descreve:

A Síndrome de Alienação Parental é um transtorno psicológico que se caracteriza por um conjunto de sintomas pelos quais um genitor, denominado cônjuge alienador, transforma a consciência de seus filhos, mediante diferentes formas e estratégias de atuação, com objetivo de impedir, obstaculizar ou destruir seus vínculos com o outro genitor, denominado cônjuge alienado, sem que existam motivos reais que justifiquem essa condição. Em outras palavras, consiste num processo de programar uma criança para que odeie um de seus genitores sem justificativa, de modo que a própria criança ingressa na trajetória de desmoralização desse mesmo genitor.” (TRINDADE, 2007, p. 102).

Ainda que a prática de Alienação Parental sempre tenha existido, o aumento significativo do número de divórcios e as disputas de guarda tornou a Alienação Parental mais visível, haja vista que muitas vezes os divórcios são conflituosos e provocam inúmeros sentimentos negativos e comportamentos prejudiciais. É importante frisar aqui que este ato pode ser praticado não somente pelos genitores, mas também por quem tem a guarda ou até mesmo a mera autoridade sobre a criança ou o adolescente aos olhos destes.

O alienante, quem pratica o ato de Alienação Parental, tem entre seus objetivos não somente excluir o outro genitor da vida dos filhos, como também destruir a relação de afeto, carinho e amor dos filhos com o outro genitor e denegrir a imagem deste. Como consta na Lei da Alienação Parental:

Art. 2º Considera-se ato de alienação parental a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este. Parágrafo único. São formas exemplificativas de alienação parental, além dos atos assim declarados pelo juiz ou constatados por perícia, praticados diretamente ou com auxílio de terceiros: I- realizar campanha de desqualificação da conduta do genitor no exercício da paternidade ou maternidade; II- dificultar o exercício da autoridade parental; III- dificultar contato de criança ou adolescente com genitor; IV- dificultar o exercício do direito regulamentado de convivência familiar; V - omitir deliberadamente a genitor informações pessoais relevantes sobre a criança ou adolescente, inclusive escolares, médicas e alterações de endereço; VI - apresentar falsa denúncia contra genitor, contra familiares deste ou contra avós, para obstar ou dificultar a convivência deles com a criança ou adolescente; (BRASIL, 2010,p. 06)

Ou seja, importante verificarmos que a lei apresenta um rol exemplificativo, sendo correto que existam inúmeras outras situações possíveis de serem compreendidas como ato de Alienação Parental, cabendo ao juiz da Vara de Família avaliar e decidir a respeito do tema, sempre amparado pela opinião do Ministério Público, que é o órgão que, de certa forma, representa as crianças e adolescentes nesse tipo de ação judicial.

O alienante utiliza a criança ou o adolescente como instrumento de agressividade para prejudicar a confiança do menor no genitor alienado. A criança que sofre alienação cultiva um sentimento constante de raiva contra o outro genitor e/ou com o restante da família, passando a se recusar a visitá-los ou, até mesmo, se comunicar com o genitor alienado, podendo agir de forma agressiva frente a ele, guardando sentimentos negativos sobre o outro genitor.

Dias afirma que:

A criança que ama seu genitor, é levada a se afastar dele, que também a ama. Isso gera contradição de sentimentos e destruição do vínculo entre ambos. Restando órfão do genitor alienado, acaba identificando-se com o genitor patológico, passando a aceitar como verdadeiro tudo que lhe é informado. (DIAS, 2008, p. 12).

A Alienação Parental pode gerar sérios danos à integridade física e psíquica, causando sequelas que são capazes de perdurar para o resto da vida. Ao longo do tempo, as crianças alienadas tendem a apresentar comportamento suicida e baixa autoestima, estando mais propensas a desenvolver distúrbios psicológicos como depressão, ansiedade e pânico. Quando adultas, ter maior dificuldade em se relacionar e não conseguir ter uma relação estável, além de virem a utilizar drogas e álcool como refúgio para os danos sofridos.

Por estes motivos, a Alienação Parental é considerada uma afronta aos direitos da criança e do adolescente e aos princípios constitucionais. Trata-se de um abuso emocional que gera grandes danos à criança, visto que está em pleno desenvolvimento, como nos diz Trindade:

A Síndrome de Alienação Parental tem sido identificada como uma forma de negligência contra os filhos. Para nós, entretanto, longe de pretender provocar dissensões terminológicas de pouca utilidade, constitui uma forma de maltrato e abuso infantil.” (TRINDADE, 2007, p.113)

A família é a base fundamental para a formação da personalidade do indivíduo, portanto, mesmo com o divórcio, se deve preservar o direito de convivência entre pais e filhos.

A criança não é um objeto de disputa, devendo ser respeitada e ter seus direitos preservados. Por esta razão, os tutores devem promover um desenvolvimento equilibrado do indivíduo, permitindo-lhe o desencadear de todo o seu potencial enquanto ser humano, sem qualquer interferência. Como afirma a Constituição Federal Brasileira de 1988, que determina a “prioridade absoluta” na proteção da infância e na garantia de seus direitos, não só por parte do Estado, mas também da família e da sociedade. (Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

2.2 Esquemas Desadaptativos Remotos

Os Esquemas desadaptativos remotos, segundo Young (2008), são padrões emocionais e cognitivos auto derrotistas estáveis e duradouros iniciados precocemente e fortalecidos ao longo do desenvolvimento, sendo a maioria destes esquemas causados por eventos nocivos repetidos com frequência na infância ou adolescência. Esses esquemas impactarão diretamente na forma como o sujeito se sente e pensa, se comportam e o modo como se relaciona com o outro.

A natureza disfuncional dos esquemas tende a aparecer em momentos

posteriores da vida, quando os pacientes continuam a perpetuar os esquemas que construíram nas interações com as outras pessoas, embora suas percepções não sejam mais adequadas. (YUONG, 2008)

Estes esquemas causarão prejuízos na percepção do sujeito, modificando a interação do mesmo com a realidade, e assim, inconscientemente ao longo de sua vida reproduzirá os padrões já conhecidos, como as condições nocivas de sua infância. Young conclui, ainda, que os esquemas desadaptativos remotos estão diretamente ligados às necessidades emocionais não atendidas no início do desenvolvimento, considerando as necessidades e as características individuais de cada sujeito frente ao seu temperamento, a não satisfação dessas necessidades geram os esquemas que são denominados como um padrão amplo e difuso, formado por memórias, emoções e sensações corporais relacionados a si próprio e/ou a outras pessoas. Para Yuong “quando os pacientes se encontram em situações adultas que ativam os esquemas desadaptativos remotos, o que vivenciam é um drama da infância, em geral com um dos pais” (2008, p. 208). Abaixo tabela das necessidades emocionais fundamentais e seus esquemas iniciais desadaptativos associados.

Necessidades emocionais e EIDs associados		
Domínio Esquemático	Necessidades básicas fundamentais	EIDs associados
1º Domínio	Aceitação e pertencente	Abandono, privação emocional, defeito/vergonha, abuso/desconfiança, isolamento social/alienação e indesejabilidade social.
2º Domínio	Senso de autonomia e competência adequado	Fracasso, vulnerabilidade, dependência/incompetência e emaranhamento
3º Domínio	Limites realistas	Autocontrole e autodisciplina insuficientes e grandiosidade/merecimento
4º Domínio	Respeito aos desejos e aspirações	Subjugação, auto sacrifício e busca de aprovação/reconhecimento
5º Domínio	Expressão emocional legítima	Inibição emocional, padrões inflexíveis/hiper criticidade, negativismo/pessimismo e caráter punitivo

Tabela 1 – lista de necessidades emocionais e EIDs associados. Fonte: WAINER, 2016.

Para a Teoria Cognitivo-Comportamental, um esquema é definido como “estruturas cognitivas que organizam e processam as informações que chegam ao indivíduo, propostos como representações dos padrões de pensamento adquiridos no início do desenvolvimento do indivíduo” (DOBSON e DOZOIS, 2006, p. 26).

Podemos então afirmar que é possível não só observar a importância da relação do sujeito com o meio onde ele está inserido, como também os impactos negativos no desenvolvimento para aqueles que estão sob a influência frequente de eventos estressores na infância.

3 MÉTODO

Participante

G., sexo masculino, 12 anos, frequentando o 5º ano do Ensino Fundamental. O paciente foi encaminhado pelo Conselho Tutelar, situado em Osório/RS, para atendimento no serviço de psicologia da Clínica Escola, após denúncia de Alienação Parental feita pela mãe de G., com a queixa principal relacionada a dificuldades de aprendizagem, recusa de estar com a mãe em sua residência, medos noturnos e dificuldade de afastamento do pai. Mostra comportamentos relacionados a sintomas depressivos, aparentemente associados a situações de discórdia conjugal no contexto familiar. Os pais estão separados há dois anos e em disputa judicial pela guarda do menor.

3.1 Histórico desenvolvimental e relações familiares

O processo gestacional e o parto de G. foram considerados de risco em razão de problemas de saúde de sua mãe, que, inclusive, desenvolveu um quadro de depressão pós-parto.

A maioria dos cuidados na infância foi feita pelos avós maternos, pois ambos os pais trabalhavam e passavam pouco tempo com G., que atualmente reside com o pai, possuidor da sua guarda provisória.

No que concerne aos marcos do desenvolvimento, estes foram atingidos dentro dos parâmetros considerados normais.

Aos 6 anos e no decorrer da vida escolar apresentou problemas no desenvolvimento cognitivo e emocional, obtendo dificuldades na aprendizagem, aprendendo a ler apenas aos 9 anos, com o suporte de uma psicopedagoga e obtendo o diagnóstico neurológico, segundo os pais, de uma leve dislexia. Na ocasião do atendimento, o paciente já conseguia ler e entender as frases, que antes eram lidas e não compreendidas. Em termos de sociabilização, apresentou dificuldade de se enturmar na escola devido à timidez.

Aos 10 anos, época que antecedeu a separação dos pais, o paciente começou a apresentar medos noturnos, voltando a dormir na cama do pai e apresentando ansiedade de separação, distanciamento social e recusa de ir visitar a mãe. Durante o processo de separação dos pais, o paciente presenciou muitas discussões e atualmente segue presenciando acusações

que desqualificam os genitores, por parte deles próprios e de outros familiares, ficando muito introspectivo, irritado e chorando com frequência ao ser questionado sobre os motivos de seu comportamento.

No mesmo ano da separação, a mãe casou-se novamente e as brigas entre os pais do paciente ficaram mais frequentes, com o início da disputa judicial pela guarda e partilha de bens, levando-o a presenciar momentos de estresses entre os pais e familiares, além do acionamento frequente do Conselho Tutelar por parte tanto do pai quanto da mãe na intenção de desqualificar os cuidados com o menor.

Atualmente mãe e filho apresentam bom relacionamento, com troca de afeto e carinho, porém, G. se recusa a ir até a sua nova residência, visitando-a na casa de sua avó materna.

Também se recusa a passar mais de 2 dias longe do pai e, ao ser contrariado de suas vontades, deixa de falar com a mãe.

As acusações abertas entre os genitores e seus familiares permanecem sem preservar as questões de G.

No relacionamento com o pai havia muita troca de afeto e uma interação positiva com diálogos entre eles. Ao mesmo tempo, os limites adequados não deixavam de ser impostos quando necessário.

Apesar de demonstrar muito carinho pelo filho, o pai mostrava-se inseguro, temeroso e revoltado em relação à disputa judicial dos bens e o posicionamento da mãe de G.

3.2 Procedimento

O procedimento incluiu uma avaliação inicial com anamnese, aplicação de instrumentos avaliativos e psicoterapia.

3.3 Avaliação inicial

Nessa primeira fase foram realizadas as entrevistas de anamnese com os pais e atividades lúdicas com a adolescente, como também a aplicação do Questionário de Esquemas de Young B-YSQ-A.

Sendo assim, as primeiras sessões tiveram como objetivos: 1) estabelecer uma aliança

terapêutica com o adolescente e seus pais; 2) acessar as emoções e representações cognitivas da paciente, relacionadas aos conflitos familiares; 3) verificar seus esquemas cognitivos em processo de construção ou consolidação; 4) Avaliar possíveis esquemas desadaptativos remotos; 5) acessar os pensamentos relacionados às interações com o pai, com a mãe e demais familiares; 6) Psicoeducar o paciente quanto ao problema e com relação ao modelo de tratamento, principalmente junto aos pais.

3.4 Intervenção

O atendimento em psicoterapia de G. segue sendo realizado semanalmente, com observações, diálogos, atividades e procedimentos lúdicos (jogar, criar histórias e imaginar situações), role-play, utilização do baralho das emoções (Caminha e Caminha, 2008) e a utilização do Baralho de Histórias (Rodrigues e Neufeld, 2016) para que, de forma colaborativa, auxilie na conceitualização e na intervenção cognitiva.

O adolescente foi incentivado a reconhecer suas emoções e relacioná-las aos seus pensamentos e comportamentos, possibilitando o acesso aos esquemas emocionais e cognitivos relacionados ao processo de Alienação Parental, à separação dos pais e os conflitos familiares.

Os pais estão recebendo esclarecimentos sobre a influência do contexto familiar no desenvolvimento humano, suas implicações e os malefícios de um ambiente disfuncionais, estressante e conflituoso, como também a importância de um relacionamento de qualidade entre cuidadores e criança/adolescente e a importância da satisfação das necessidades emocionais fundamentais para um desenvolvimento saudável.

4 Discussão

Os resultados da avaliação e dos atendimentos foram obtidos através da análise dos atendimentos realizados até o momento com o adolescente e seus pais, uso de entrevistas semi-estruturadas e questionário de esquemas aplicado ao adolescente.

No exame do estado mental realizado na entrevista inicial, em termos de conduta, o paciente mostrou-se cooperativo e atento. As atividades psicomotoras estavam dentro da normalidade, assim como a atenção e as questões físicas. Demonstrou consciência lúcida e

orientação de tempo e espaço, apresentou pensamento organizado de conceitos e ideias, raciocínio e juízo. Além disso, as questões relacionadas ao pensamento e inteligência estavam dentro da normalidade para sua idade. Contudo, no que diz respeito à afetividade, apresentou-se um pouco tenso e tímido nas sessões evitando falar diretamente sobre suas emoções.

Observou-se através das atividades com questionários e das entrevistas com G. que ele apresentava algumas crenças relacionadas aos esquemas iniciais desadaptativos (EID's) do domínio de desconexão e rejeição, Autonomia e Desempenho prejudicados, além de supervigilância e inibição (Young, 2008). Conforme o autor, os EID's são padrões emocionais e cognitivos amplos e difusos, relacionados a si e aos outros, formados por memórias, sensações corporais e emoções. Como afirma Young, “os efeitos de todas as experiências nocivas relacionadas acumulam-se e, juntos, levam ao surgimento de um esquema pleno” (2008, p. 39).

Na tabela abaixo, estão listados os cinco esquemas do paciente, que tiveram maior pontuação no Questionário de Esquemas para Adolescentes- B-YSQ-A.

ESQUEMA	MÉDIA
Abandono/instabilidade	5,66
Emaranhamento	6
Fracasso	5,66
Inibição emocional	5
Postura Punitiva	4,66

Tabela 2 – lista dos esquemas avaliados no paciente. Fonte: Autoria própria, 2020.

No que se refere ao domínio de desconexão e rejeição apresentado por G., este normalmente envolve experiências de rejeição e instabilidades vivenciadas em seu contexto familiar, o paciente apresentou o esquema de Abandono, que configura segundo Young, Kloko & Waishaar 2008 a percepção de que os outros são instáveis e indignos de confiança, que não são capazes de lhe darem apoio emocional e proteção e que lhe abandonariam a qualquer momento.

Já os esquemas de Emaranhamento e Fracasso do domínio de Autonomia e Desempenho que foram prejudicados, também apresentados pelo paciente, está relacionado

com famílias de origem que buscam satisfazer todas as vontades e superproteger a criança/adolescente ou quase nunca os cuida de maneira satisfatória, não se responsabiliza por eles e não estimulam, assim, seu desempenho competente extrafamiliar. Esses esquemas despertam sentimentos de vazio e fracasso total. Sentimentos esses, muitas vezes apresentados nos discursos de G.

O paciente apresentou ainda esquemas de inibição emocional e postura punitiva, ligados ao domínio de Supervigilância e inibição, que geram pessimismo e a falsa percepção de que se deve estar sempre vigilante ou as coisas darão errado. Os esquemas apresentados por G. nesse domínio geram inibição excessiva dos sentimentos e ações, como também a crença de que deve haver punição para quem comete erros independentes das circunstâncias. O domínio Supervigilância e inibição apresentado pelo paciente vem se destacando em outros estudos com crianças em processo de separação dos pais.

Para Almeida et al:

Possivelmente esses participantes passaram grande parte da infância atentos em relação a eventos negativos e estressantes na vida e a consideravam tristes, possivelmente com medo de alguma nova ruptura ou com medo de perder o vínculo com uma das figuras parentais e de serem, de fato, abandonados. (2000, p. 38)

Os eventos de estresse nos primeiros anos do desenvolvimento são denominados de estresse precoce e muitos estudos atuais estão ressaltando as consequências negativas da exposição a esses eventos e seus impactos no desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo.

Rodrigues (1997) traz uma definição de estresse como “uma relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida, que é avaliada pela pessoa como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem-estar” (p.24).

Esta é uma visão biopsicossocial do estresse, que considera os estímulos estressores provenientes tanto do meio externo (estímulos de ordem física ou social, como o trabalho) quanto do interno (pensamentos, emoções, fantasias e sentimentos, como angústia, medo, alegria e tristeza). (FILGUEIRAS e HIPPERT, 1999, p. 42)

Considera-se, portanto, evento estressor precoce, vivências prejudiciais e traumáticas que podem ocorrer na infância ou na adolescência, como casos de abusos físicos, emocionais, sexuais e das negligências físicas e emocionais, estando estas situações relacionadas até mesmo com o possível surgimento de psicopatologias e comportamentos disfuncionais.

O paciente apresentou Esquemas Desadaptativos remotos de abandono, inibição emocional, fracasso, postura punitiva e emaranhamento, o que significa que suas necessidades emocionais fundamentais não estão sendo supridas adequadamente por seus cuidadores.

Considerando, portanto, as situações de discórdia, estresse e instabilidade emocional às quais G. vem sendo exposto, é possível acreditar que estas tenham influenciado seu desenvolvimento esquemático (Young, 2008).

Seus comportamentos e sentimentos ligados ao esquema de inibição emocional podem ser observados em suas relações sociais, que normalmente evitam.

G. apresenta dificuldade em exibir seus sentimentos ou se comunicar com espontaneidade, preocupando-se sempre com a aprovação alheia. Durante as entrevistas pode-se observar a necessidade de melhorar o diálogo entre os pais, além de promover uma melhor interação da mãe com a paciente e, apesar de sua relação com o pai ser geralmente positiva, este demonstra em sua presença sentimentos como raiva e ressentimentos em relação à mãe. Ambos os pais expõem a G. questões relacionadas ao divórcio, como os motivos da ruptura do casamento (traição conjugal por parte da mãe), a divisão de bens e os conflitos relacionados à disputa da guarda.

Os sentimentos do paciente referente aos conflitos de seus pais e a Alienação Parental apareciam conforme entrevista dialogada a seguir. (T = terapeuta; G = paciente):

T: Você chegou a pensar no que estamos falando agora? Que sua mãe não irá morar na rua, que ela sempre terá uma família que vai lhe acolher, que ela tem um trabalho e pode adquirir outro imóvel e até mesmo o fato do seu pai te falar que não vai fazer isso, que a casa é sua?

G: Não, na hora eu só pensei que precisava dar um jeito nisso e quando eu falei com o meu pai ele disse que não vai tirar ela da casa, mas que ela não está morando lá, que a casa é minha e que, se eu quiser, ele a deixa morar lá. T: E quando você conversou com o seu pai, como foi?

G: Foi bom. Eu sei que ele te falou que eu chorei muito, né?! Eu sou muito chorão.

T: Eu achei que você foi muito corajoso em falar sobre o que estava te incomodando. E não tem problema nenhum em chorar e colocar pra fora o que nos machuca. Isso mostra o quanto somos fortes, não acha?

G: Eu não gosto de chorar.

T: Por que você não gosta de chorar?

G: Não sei, só não gosto. Não gosto de incomodar as pessoas.

T: G. você sabia que a gente nunca incomoda as pessoas que nos amam ao falar como estamos nos sentindo? O seu pai, por exemplo. Fico feliz que você tenha falado pra ele porque você estava daquele jeito... Porque assim ele pode te esclarecer as coisas, você deu a oportunidade dele explicar que o que sua mãe e suas avós falaram, não era bem aquilo que você tinha entendido e assim te ajudou também. Você não acha?

G: É, falando assim, pode ser.

T: E como você se sentiu depois?

G: Eu me senti melhor, eu acho.

T: E agora, como você está se sentindo?

G: Pra baixo ainda.

T: E se você pudesse fazer um pedido, se você pudesse realizar um sonho, pedir qualquer coisa, o que você pediria?

G: Agora?

T: Sim!

G: Que não tivesse justiça.

T: Justiça?

G: É, que não tivesse essa briga toda na Justiça, por minha causa. T: E como você gostaria que fosse?

G: Que eles fossem amigos. Eu queria poder fazer eles serem amigos, mas meu pai tem raiva porque ela não foi legal com ele, eu te falei, lembra? O que meu avô me falou.

O paciente apresenta dificuldades de expressar suas emoções, no transcorrer da psicoterapia, várias emoções relacionadas à separação dos pais, à disputa judicial e à desqualificação dos genitores por parte dos familiares foram expressas e trabalhadas. Havia compreensão por parte do paciente do que era solicitado e uma relação terapêutica sólida, baseada em confiança, foi estabelecida.

5 Considerações Finais

Diante dos resultados apresentados nesse estudo, conclui-se que no contexto da Alienação parental e nos conflitos familiares como no caso de G. as necessidades básicas fundamentais deixam de ser atendidas, e ressalta que as relações intrafamiliares na infância e

na adolescência influenciam diretamente no modo de agir e pensar do indivíduo, impactando em seu desenvolvimento e influenciando em todas as relações ao longo da vida.

Como consequências dessas relações instáveis na infância ou adolescência o indivíduo desenvolve esquemas desadaptativos remotos passando a apresentar padrões emocionais e cognitivos disfuncionais em nível significativo, alterando a percepção de si, do outro e do mundo, influenciando negativamente na sua saúde física e mental, como também em seus relacionamentos interpessoais e profissionais levando a prejuízos na qualidade de vida.

Destaca-se ainda a importância de ambientes estáveis, que apresente proteção, cuidados físicos e emocionais, segurança e estabilidade para que o indivíduo tenha um desenvolvimento saudável com equilíbrio psíquico. Para isso, a orientação dos genitores e familiares nestes contextos de conflitos que envolvem crianças e adolescentes torna-se indispensável.

6 Referências

- [1] ALMEIDA, C; PERES, E. A; GARCIA, M. R.; PELLIZZAR, N. C. S. **Pais separados e filhos: Análise funcional das dificuldades de relacionamento.** Estudos de Psicologia, Campinas, v.17, n. 1, p. 31-43, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2000000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 out 2020.
- [2] BENETTI, S. P. C. **Conflito conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 19(2), pp. 261-268, 2006. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722006000200012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 10 out 2020.
- [3] BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto/ Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília, 2005.
- [4] CAMINHA, R.M.; CAMINHA, M.G. **Baralho das emoções: acessando a criança no trabalho clínico.** Porto Alegre: Sinopsys, 2008.
- [5] DIAS, M. B. Síndrome da Alienação Parental: O que é isso?. In: **Síndrome da alienação parental e a tirania do guardião: aspectos psicológicos, sociais e jurídicos.** Organizado pela Associação de Pais e Mães Separados. Porto Alegre: Equilíbrio, 2008.
- [6] DOBSON, K. S. & Dozois, D. J. A. **Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais.** Em: K. S. Dobson (Org.). Manual de terapias cognitivo-comportamentais, 2ª ed., pp. 17-44. Porto Alegre: Artmed. 2006.

- [7] FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3ª Ed. Curitiba: Positivo, 2004.
- [8] FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. **A polêmica em torno do conceito de estresse. Psicologia Ciência e Profissão**. pp. 45-51. 1999. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931999000300005>. Acesso em 10 out 2020.
- [9] NUNES, C.; SILVA, E. **A educação sexual da criança: polêmicas do nosso tempo**. Campinas: Autores Associados, 2000.
- [10] PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança, imitação, jogo, sonho, imagem e representação de jogo**. São Paulo: Zahar, 1971.
- [11] PORTUGAL, G. Desenvolvimento e aprendizagem na infância. In: CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (org.). Relatório do estudo – **A educação das crianças dos 0 aos 12 anos**. Lisboa: Ministério da Educação, 2009.
- [12] RODRIGUES, A. Stress, trabalho e doenças de adaptação. In: FRANCO, A. C. L.; RODRIGUES, a.l. **Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática**. cap. 2, São Paulo: Atlas, 1997.
- [13] RODRIGUES, M.; NEUFELD, C. B. **Baralho de histórias: instrumento para conceitualização e intervenção cognitiva**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016.
- [14] SILVARES, E. F. M.; SOUZA, C. L. **Discórdia conjugal: distúrbios psicológicos infantis e avaliação diagnóstica comportamental-cognitiva**. Psicologia: Teoria e Prática, 10(1), pp. 200-213. 2008. Disponível em <<https://psycnet.apa.org/record/2010-06229-014>>. Acesso em 10 out 2020.
- [15] TRINDADE, J. **Incesto e alienação parental: realidades que a justiça insiste em não ver**. São Paulo: Revista dos Tribunais, p.113-114, 2007.
- [16] VYGOTSKY, L.S. **A Formação Social Da Mente: O Desenvolvimento Dos Processos Psicológicos Superiores**. Tradução De José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto E Solange Castro Afeche – 5ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- [17] WAINER, Ricardo. PAIM, Kelly. ERDOS, Renata. ANDRIOLA, Rossana. **Terapia cognitiva focada em esquemas**. Integração em Psicoterapia. Porto Alegre: Artmed, 2016
- [18] YOUNG, J. E. **Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- [19] YOUNG, J.; KLOSKO, J.; WEISHAAR, M. **Terapia do esquema: Guia de técnicas Cognitivo-comportamentais inovadoras**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

**OS EFEITOS DO APOIO SOCIAL NA ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL: um estudo de coorte prospectiva.**

*THE EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT ON ANTI-RETROVIRAL TREATMENT
ADHERENCE: a prospective cohort study*

Renata Souza de Souza¹

José Carlos de Carvalho Leite²

RESUMO: O presente estudo descreve a adesão e estuda os efeitos do apoio social para esse tratamento; também investiga a extensão em que outras condições sociais, econômicas, terapêuticas e de saúde influenciam na adesão. Participaram do estudo 140 pacientes do SAE-Canoas-RS, portadores do vírus HIV, acompanhados em uma coorte prospectiva de 6 meses, sendo a primeira coleta de dados realizada após uma avaliação clínica (Tempo 0); e a segunda foi realizada para avaliar a adesão ao tratamento (Tempo 1). A percentagem de adesão foi obtida em consulta aos prontuários dos participantes, onde as seguintes informações foram comparadas entre os tempos 0 e 1 (coleta final dos dados): a carga viral (relação CD4/CD8) e o número de infecções secundárias. Esse projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal da Saúde de Canoas e ao comitê de ética (Unilasalle-Canoas). A percepção de apoio social foi dividida em dois níveis (alto \geq mediana; baixo $<$ mediana). Considerando esses dois níveis, a percentagem dos não aderentes foi de 50% (n=62/124). Entre os grupos de aderentes e não aderentes, não houve evidência de diferença entre as médias nos dois níveis de apoio social (t = - 1,896; p=0,060). Portanto, informações sobre a percepção de apoio social para adesão ao tratamento podem ser importantes, pois a chance de adesão é maior quando o escore dessa medida aumenta em uma unidade.

Palavras-Chave: apoio social, antirretroviral, adesão.

¹Unilasalle-Canoas - Psicóloga clínica

²PhD Universidade de Londres - Professor do Curso de Psicologia, Unicnec - Osório.

Abstract

The present study describes the membership and studying the effects of social support to this treatment; also investigates the extent to which other social, economic conditions, health and therapeutic influence on accession. 130 patients participated in the study of the SAE-Pittsford, carriers of the HIV virus, accompanied in a prospective cohort of 6 months, the first being data collection performed after a clinical evaluation (Time 0); and the second was held to assess the adherence to the treatment (Time 1). The percentage of membership was obtained in consultation with the medical records of the participants, where the following information was compared between times 0 and 1 (final collection): viral load (CD4/CD8 ratio) and the number of secondary infections. This project was approved by the Municipal Health Secretariat of Canoas and the Ethics Committee (Unilasalle-Canoas). The perception of social support was divided into two levels (high \geq median, low $<$ median). Considering these two levels, the percentage of non-adherents was 50% ($n = 62/124$). Among the adherent and non-adherent groups, there was no evidence of difference between means at the two levels of social support ($t = - 1.896$, $p = 0.060$).

Therefore, information on the perception of social support for adherence to treatment can be important, because the chance of accession is greater when the score this measure increases by one unit.

Keywords: social support, antiretroviral adherence.

INTRODUÇÃO

O HIV é um vírus que se espalha através de fluidos corporais e afeta células específicas do sistema imunológico, conhecidas como células CD4, ou células T. Sem o tratamento antirretroviral, o HIV afeta e destrói essas células específicas do sistema imunológico e torna o organismo incapaz de lutar contra infecções e doenças. Quando isso acontece, a infecção por HIV leva à AIDS. O Brasil é o país mais populoso da América Latina e também o que mais concentra casos de novas infecções por HIV na região. O país responde por 49% das novas infecções – segundo estimativas mais recentes do UNAIDS. Estimativas sobre HIV e AIDS para o Brasil (2016): Em 2016, havia 830.000 [610.000 – 1.100.000] pessoas vivendo com HIV; Em 2016, estimam-se que tenham ocorrido 48.000 [35.000 – 64.000] novas infecções pelo HIV; O número de

mortes relacionadas à AIDS no Brasil foi estimada pelo UNAIDS em 14.000 [9.700 – 19.000] em 2016. O dado mais recente sobre prevalência de HIV estimada para o Brasil em relatórios do UNAIDS é de 0,4% a 0,7% em pessoas de 15 a 49 anos – em 2014.

A terapia antirretroviral, para atingir redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1, chegando a níveis plasmáticos indetectáveis (<50 cópias/mmg), necessita de, ao menos, 95 % de adesão ao tratamento por parte dos portadores do HIV (Brasil, 2013). Esta aderência quase perfeita (de 95% ou mais) ao tratamento antirretroviral possibilita sucesso clínico em mais de 80% dos casos, ao contrário de pessoas que aderem entre 80% e 94%, obtendo sucesso de apenas 60% (Wang e Wu, 2007). Com este nível alto de adesão, tem se conseguido manter a supressão sustentada da replicação viral e a diminuição das taxas de falência terapêutica, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Esquemas de tratamento antirretroviral (TARV), em geral, utilizam combinações de inibidores de transcriptase reversa, esquemas estes potentes e eficazes na redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1, levando o usuário a níveis plasmáticos indetectáveis. Contudo, no estado do Rio Grande do Sul: (a) as altas taxas de detecção de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) (41,4 casos/100 mil habitantes); (b) o maior coeficiente de mortalidade em 2014 dentre os estados brasileiros (10,6 óbitos para cada 100 mil habitantes) e (c) as dificuldades de adesão ao tratamento levaram o ministério da saúde a simplificar a oferta de TARV. Desde meados de 2014 a dose tripla combinada (o chamado três-em-um) dos medicamentos tenofovir (300 mg), lamivudina (300 mg) e efavirenz (600 mg) vem sendo oferecida no Rio Grande do Sul (Brasil, 2015; Brasil, 2014). Os critérios quanto ao início do TARV baseiam-se em evidências de benefícios clínicos e de prevenção da transmissão do HIV providas por estudos experimentais e observacionais, somadas a disponibilidade de opções terapêuticas mais cômodas e bem toleradas (Brasil, 2013a; Wittkop et al. 2011; Sari et al. 2009). Tais critérios para o início do TARV têm sido: (a) todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4; (b) indivíduos sintomáticos (incluindo aqueles com tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4; (c) assintomáticos (com $CD4 \leq 500$ células/mm³, $CD4 > 500$ células/mm³ ou sem contagem de LT-CD4+ disponível); e (d) gestantes (Brasil, 2013b). A efetividade do TARV é indicada por carga viral (CV) inferior a 1.000 cópias por mL. Esses baixos

níveis de CV têm sido associados à redução da probabilidade não só de as PVHA apresentarem doenças clínicas, tais como doenças oportunistas (Mutas-Apollo, 2013), como também da transmissão do HIV (Montaner et al., 2014). A monitoração da resposta terapêutica em longo prazo inclui a contagem da CV a cada 6 meses realizada pelo mesmo laboratório e técnica (Brasil, 2015). Dentre os fatores que podem diminuir a velocidade de queda da carga viral ou mesmo aumentar a viremia estão os seguintes: não adesão ao tratamento antirretroviral; contagem de base de células T CD4 baixa; administração incorreta dos antirretrovirais (ARV); regime terapêutico pouco potente; presença de infecções intercorrentes (ex.: tuberculose, meningite) e resistência viral (Brasil, 2013b).

Dentre os possíveis determinantes da motivação para adesão ao tratamento para o HIV está o apoio social, a eficácia para aderir à prescrição antirretroviral e as características de personalidade, como a capacidade de autodeterminação nos processos decisórios e ações em diferentes eventos de vida (Drachler et al 2016). Intervenções podem ser desenvolvidas para auxiliar na efetividade das ações em saúde, como as abordagens social, comportamental ou cognitiva (Edwards, 2006; Vyavaharkar, 2007). Diferentes estudos têm focado o papel de apoio social na promoção da adesão ao tratamento antirretroviral em portadores de HIV/AIDS (Dunbar- Jacob & Schlenk, 2001). Por meio da compreensão do impacto das redes sociais nos comportamentos de saúde, intervenções podem ser desenvolvidas para auxiliar na efetividade de ações em saúde, como as das abordagens social, comportamental ou cognitiva (Edwards, 2006; Vyavaharkar, 2007). Desta forma, o apoio social está diretamente associado à capacidade individual de enfrentamento das dificuldades decorrentes do diagnóstico e tratamento do HIV (Laserman et al., 1999), contribuindo para uma evolução das condições clínicas, como sintomas e efeitos colaterais mais amenos, melhora imunológica, além da diminuição da carga viral (Burgoyne, 2004). A qualidade de vida é determinada pela extensão em que as ambições e esperanças correspondem à experiência pessoal; pelas percepções do indivíduo sobre sua posição na vida, levando em conta o contexto da cultura e sistemas de valores em que a pessoa vive; e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos, pela avaliação do estado atual em relação ao ideal, bem como o que as pessoas consideram como fatores importantes em suas vidas. Não apenas a saúde, representada pelos domínios físicos e funcionais, é

importante para se entender a qualidade de vida do sujeito diante da situação de doença, mas outros domínios que se referem a aspectos sociais e emocionais são de igual valor.

Considerando a importância do apoio social para modificar e sustentar mudanças de comportamento e saúde, esse estudo investiga os diferentes aspectos do apoio social que mais se associam a adesão ao tratamento antirretroviral em portadores do vírus HIV.

MÉTODO

Delineamento e participantes

Participaram do estudo 140 pacientes do SAE-Canoas-RS, portadores do vírus HIV (recém-diagnosticados ou não). O tamanho da amostra ($n=$ de 119 a 150) considerou que o estudo pretende detectar razões de chance (odds ratios - OR) de não adesão aos antirretrovirais de, no mínimo, 3.0 para fatores de risco dicotômicos, assumindo que a prevalência de não adesão na população seja aproximadamente 33%, o poder do estudo 80%, a significância estatística para as estimativas 5%, e que de 20 a 70% dos pacientes com o fator de risco de interesse (menos motivados) sejam aderentes aos antirretrovirais (calculado pelo pacote estatístico Epi-info).

Os pacientes foram acompanhados em uma coorte prospectiva de seis meses, sendo a primeira coleta de dados realizada após uma avaliação clínica, após, cerca de seis meses a segunda coleta de dados, foi realizada, para avaliar a adesão ao TARV (único desfecho do presente estudo). Os pacientes foram informados acerca dos objetivos do estudo e das atividades que foram desenvolvidas no decorrer da pesquisa.

Coleta de dados

Tempo 0 (1ª. coleta de dados): Logo após a visita de avaliação clínica-Apresentação dos objetivos do estudo, os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram liberdade para, a qualquer momento, se retirar do estudo sem que tal decisão venha a prejudicar seu tratamento para o HIV. Os participantes foram submetidos a duas entrevistas individuais (Tempos 0 e 1), com duração de 20 a 30 minutos cada uma. Identificação dos pacientes participantes do estudo. Coleta de informações sobre: (a) características sócio demográficas, (b) tratamento, (c) quadro clínico pela infecção do HIV, (d) estado

imunológico, (e) expectativa para auto eficácia para adesão ao tratamento antirretroviral, (f) motivação para aderir ao tratamento antirretroviral, e (g) apoio social para adesão ao tratamento. Tempo 1 (2^a. coleta de dados): 6 meses após tempo 0 (a) Foi coletada no prontuário dos pacientes as seguintes informações: Adesão ao tratamento antirretroviral e quadro clínico da infecção pelo HIV. Os critérios para inclusão no estudo foram pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), usuários novos e antigos do SAE Canoas, com indicação formal de tratamento antirretroviral para HIV. residentes no Rio Grande do Sul com idade igual ou superior a 18 anos que se apresentavam lúcidas e orientadas. (Esta informação foi fornecida pelo profissional de saúde que procedeu à avaliação clínica do usuário do serviço de saúde) e pessoas que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os Critérios de exclusão no estudo foram, pessoas em tratamento psiquiátrico, gestantes e pessoas incapazes de entender o TCLE e cumprir com os requisitos do estudo.

Como a variável de desfecho é categórica dicotômica e o fator de risco mais importante neste estudo (efeito do apoio social no TARV) é um escore contínuo, uma amostra menor do que 140 deverá ser suficiente para detectar o efeito acima, mesmo considerando perdas de até 10% e ajustes para efeitos de confusão ou mediação de outros fatores em estudo. Espera-se que um tamanho amostral menor seja suficiente, porque o poder de um estudo tende a aumentar, quando o efeito estudado é uma tendência através de muitos níveis de um escore contínuo (ao invés da comparação entre dois grupos de uma variável de exposição dicotômica).

Medidas

Características sócio demográficas: Essas informações foram buscadas em prontuário/ formulário de atendimento dos usuários da instituição participante. Além disso, mais detalhes referentes à educação formal, foram coletados por entrevistadores treinados.

Tratamento para infecção pelo HIV: O esquema antirretroviral atual foi coletado no prontuário do paciente, pelos pesquisadores. Caso o paciente tenha utilizado outros esquemas anteriormente, o motivo da troca foi averiguado.

Tratamento e/ou profilaxia para infecções oportunistas: Informações sobre o uso ou não destes tratamentos foram coletadas pelos pesquisadores diretamente do prontuário do paciente.

Quadro clínico da infecção pelo HIV: Informações coletadas dos prontuários, incluindo data do diagnóstico de portador de HIV, sintomatologia relacionada à infecção pelo HIV, presença de infecções oportunistas ou outras doenças decorrentes da imunodeficiência. Tais informações foram seguidas pelas normas do Ministério de Saúde (Coordenação Nacional de DST/AIDS- Brasil) (Brasil, 2013b). Por exemplo: o estadiamento e diagnóstico de HIV incluirão dados sobre a classificação de Fiebig (Brasil, 2013b; Cohen et al. 2010; Fiebig et al 2003), acrescido ou não de algum teste complementar.

Apoio social para adesão ao tratamento antirretroviral: Foi perguntado ao paciente se, no último mês, alguma pessoa tem feito alguma coisa para que ele tome os remédios como diz na receita. Se sim, será perguntado quem o ajudou, o que fez para ajudar, e quão importante foi a ajuda recebida. As respostas dos pacientes serão transcritas pelo entrevistador, analisadas e codificadas pelos pesquisadores do projeto, conforme as seguintes categorias: (0) não tem suporte funcional, (1) tem suporte instrumental, (2) tem suporte emocional e (3) tem suporte instrumental e emocional. A importância do suporte social (ajuda recebida) será indicada em uma escala de 1-3, sendo (1) nenhuma importância, (2) média importância e (3) máxima importância; o código (0) será utilizado para os que não tiveram tal suporte. Os itens são classificados em uma escala de 4 pontos, onde 0 representa nenhuma dificuldade, 1 pouca dificuldade, 2 moderada dificuldade e 3 grave dificuldade. O escore global é obtido com a soma dos escores de cada item, sendo o ponto de corte definido em 11. Quanto mais altos os escores, mais séria as dificuldades serão, o que faz a escala, na realidade, ser uma medida de disfuncionalidade.

Medida de desfecho (adesão ao tratamento antirretroviral): Dois conjuntos de informações (uma subjetiva e outra objetiva) formaram o desfecho único do estudo no tempo 1: (a) Foi coletada através de auto relato, em entrevista realizada por entrevistadores treinados. Os pacientes foram estimulados a lembrar e descrever suas atividades nos dois dias que antecederam a entrevista. Usando como referência as atividades descritas, o paciente relata o uso da medicação antirretroviral. A percentagem

de adesão será calculada para o esquema, dividindo-se o número de comprimidos que o paciente disse ter tomado nestes dois dias pelo número que deveria ter ingerido conforme a prescrição médica, sendo assim estimada a percentagem de adesão ao esquema. Foi considerado aderente o paciente que relatou uso de 95% ou mais da medicação prescrita. (b) Nos prontuários dos participantes foram obtidas as seguintes informações a serem comparadas: a carga viral (relação CD4/CD8) e o número de infecções secundárias até o tempo 1 (coleta final dos dados).

A variável dependente, ou medida de desfecho, foi definida como aderente e não aderente. As prevalências de adesão e não adesão foi estimada para cada categoria das variáveis independentes categóricas (sócio-demográficas e relativas ao tratamento e ao estágio clínico) e para as variáveis independentes contínuas (expectativas de auto eficácia e motivação para aderir ao tratamento). A média e o desvio padrão de cada variável foram calculados para os pacientes aderentes e não aderentes.

RESULTADOS

Participaram do estudo 140 sujeitos, cujas características sociais e econômicas encontram-se descritas na Tabela 1. Observou-se que 31,3% (n=5) dos participantes da amostra são do sexo masculino e tiveram adesão ao tratamento, sendo que 41,9% (n=52) não tiveram adesão ao tratamento, nos 6 meses de acompanhamento; e 68,8% (n=11) dos participantes são do sexo feminino e tiveram adesão ao tratamento, sendo que 58,1% (n=72) não tiveram adesão ao tratamento no mesmo período. A faixa etária dos participantes variou de 19 a 68 anos de idade. A não adesão ao tratamento (n=124/140) durante os 6 meses de acompanhamento foi de 50,0% (n=62) para os sujeitos distribuídos respectivamente nos dois grupos etários: 19 - 43 e 44 - 68 anos de idade. A maioria dos participantes (59,3%) apresentava nível de escolaridade até o ensino fundamental e neste grupo observou-se o maior percentual de não adesão ao tratamento (58,9%). A percepção de apoio social foi dividida em dois níveis (alto \geq mediana; baixo $<$ mediana). Considerando esses dois níveis, a percentagem dos não aderentes foi de 50% (n=62/124). Entre os grupos de aderentes e não aderentes, não houve evidência de diferença entre as médias nos dois níveis de apoio social ($t = -1,896$; $p=0,060$) (informação não apresentada na tabela 1).

Tabela 1- Características dos pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento antirretroviral.

Variáveis	Aderentes		Não aderentes		<i>p</i>
	n=16	%	n=124	%	
<i>Gênero</i>					0,590 ^a
Masculino	5	31,3	52	41,9	
Feminino	11	68,8	72	58,1	
<i>Idade (anos)</i>					0,638 ^b
19 - 43	9	56,3	62	50,0	
44 – 68	7	43,8	62	50,0	
<i>Escolaridade</i>					0,172 ^b
Fundamental	10	62,5	73	58,9	
Médio	4	25,0	47	37,9	
Superior	2	12,5	4	3,2	
<i>Apoio social</i>					0,068 ^a
Alto ^c	12	75,0	62	50,0	
Baixo ^d	4	25,0	62	50,0	

Nota: (a) teste Exato de Fisher; (b) teste Qui-quadrado de Pearson; (c) Alto \geq mediana; (d) Baixo $<$ mediana.

Por último, a associação da percepção de apoio social para adesão aos antirretrovirais com a probabilidade de adesão a esse tratamento foi estudada em dois modelos de regressão: um modelo não ajustado e outro ajustado, considerando o gênero, idade e escolaridade dos participantes (Tabela 2). As chances de adesão ao tratamento entre os participantes apresentando níveis de apoio social na média e acima desta foi 1,06 vezes maior do que aqueles com níveis de apoio social abaixo da média (OR = 1,06; 95% IC; 1,013 – 1,12) (modelo não ajustado). No modelo ajustado, isto é, levando-se em consideração gênero, idade e escolaridade, as razões de chance em relação à percepção de apoio social para adesão aos antirretrovirais apresentaram efeito estatisticamente significativo e semelhante ao modelo não ajustado (OR = 1,07; 95% IC; 1,02 – 1,12).

Tabela 2 – Razões de chance para adesão ao tratamento antirretroviral, considerando a percepção de apoio social para adesão durante 6 meses de tratamento.

Variável preditiva de adesão de tratamento	OR (95% IC) ¹	OR (95% IC) ²
Percepção de apoio social para adesão ao tratamento	1,06 (1,013-1,12)	1,07 (1,02-1,125)
	p=0,014	p=0,010

Nota: (1) Não-ajustado; (2) ajustado para gênero, idade e escolaridade.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo visou investigar se associação entre apoio social e TARV para HIV se associam à melhor adesão a esse tratamento. A pesquisa foi realizada com 140 pacientes do SAE-Canoas, acompanhados durante os 6 meses sendo que desses, 41,9% do sexo masculino não tiveram adesão ao tratamento. As variáveis que obtiveram estatisticamente significativa com adesão ao tratamento foram escolaridade, idade e gênero. De acordo com, De Figueiredo e outros autores (2001) a escolaridade tem grande relação com a não adesão, pois indivíduos com pouco grau de instrução necessitam, além do nome, do formato dos comprimidos para identificá-los, e tendem a apresentar dificuldades para seguir a prescrição médica. Em relação ao gênero, autores apontam que pessoas do sexo feminino apresentam maior risco. Isso ocorre porque a mulher precisa realizar trabalhos domésticos, organizar a rotina da família e cuidar das crianças e, com isso, acabam esquecendo-se de tomar os remédios (MEHTA et al, 1997; CHESNEY et al, 2000).

A ausência de sintomas e o fato de se sentir bem são apontados como causas para que o paciente não tome o medicamento por achar que o mesmo não é necessário e só retornando o seu uso quando voltar a sentir-se mal (TEIXEIRA et al, 2000). No entanto, Feitosa e outros autores (2008) apontam que a presença de efeitos colaterais também interfere no tratamento, por ser atribuído o fato de se sentir mal ao usar o remédio.

Esta pesquisa nos mostra que existem poucos estudos que tratam da temática do apoio social discutindo os aspectos do apoio social implicados no processo de adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes soropositivos. Isto demonstra que tal temática deve ser mais bem explorada por pesquisadores da área da Psicologia. São profissionais

que devem cada vez mais se inserir na área da saúde coletiva fornecendo suporte social tanto emocional quanto instrumental para os indivíduos que vivem com HIV.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa realizada podemos observar a importância que a falta do apoio social causa nessas pessoas e quão importante é ter uma rede de apoio. Notamos também a necessidade de realizar a segunda entrevista não apenas olhando o prontuário e coletando dados, mas sim da importância de haver uma segunda entrevista, para poder assim conversar com o portador de HIV e analisar sua adesão ou não adesão.

Dificuldades psicossociais vivenciadas pelos portadores do HIV podem levar estes sujeitos a buscarem uma rede provedora de apoio social. A satisfação com o apoio social disponibilizado por esta rede pode ativar processos de resiliência nestes indivíduos, uma vez que existem barreiras a serem superadas e objetivos a serem atingidos se estiverem buscando pelo tratamento.

Desde a descoberta da infecção por HIV, esta doença é um problema de saúde pública. Isto se deve aos seguintes fatores: riscos, comprometimento e alterações que causa na vida do portador, riscos e facilidade de transmissão, ausência de cura, e não adesão ao tratamento que dificulta a melhoria da qualidade de vida do portador.

Identificar formas mais adequadas e efetivas de medir a adesão ainda é um desafio. Nesse sentido, torna-se importante gerar mais pesquisas com número maior de pacientes, especialmente por meio da ainda incipiente utilização da medida de carga viral, com vistas a testar um bom método de adesão ao TARV.

É de extrema importância que os profissionais dos serviços de saúde pública atentem para os aspectos indicados e que os serviços disponham de uma equipe multiprofissional. A capacitação dos profissionais é importante para que conheçam a doença, seus estigmas, tratamento e dificuldades de adesão, inclusive para que se estimule a formação de uma rede de proteção e suporte aos pacientes e familiares. A partir desta perspectiva, é possível que psicólogos ajudem a fortalecer iniciativas institucionais voltadas para a promoção da adesão ao tratamento e à vida. Desta forma, pode-se trabalhar visando à prevenção e o tratamento das demandas psicológicas que envolvem a infecção pelo HIV, gerando processos de resiliência.

REFERÊNCIAS

- [1] BEZERRA, A. C. **Apoio social e resiliência no processo de adesão ao tratamento antirretroviral de moradores de rua que vivem com o HIV/AIDS**. Programa de pós-graduação em psicologia, mestrado em psicologia social. POA, 2011.
- [2] BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a.
- [3] BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- [4] BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- [5] CARR A.J, HIGGINSON I.J. **Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centered?** Br Med J. 2001; 322(7298): 1357-60. DOI: 10.1136/bmj.322.7298.1357.
- [6] CHESNEY, M. A.; MORIN, M.; SHERR, L. **Adherence to HIV combination therapy**. Social Science & Medicine. 2000; 50(12): 1599-1605. DOI: 10.1016/s0277-9536(99)00468-2
- [7] COLOMBRINI, M. R. C., LOPES, M. H. B. M., DE FIGUEIREDO, R. M. **Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.40, n.4, dez. 2006. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400018>
- [8] COUTINHO, Maria Fernanda Cruz; O'DWYER, Gisele; FROSSARD, Vera. **Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária**. Saúde em Debate, [s.l.], v. 42, n. 116, p.148-161, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811612>.
- [9] DE FIGUEIREDO, R. M., et al . **Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.9, n.4, 2001. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000400009>
- [10] FEITOSA, A. C., et al. **Terapia antirretroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.12, n.3, set., 2008. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300018>
- [11] GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. **Efeito do suporte social na vida de adultos com HIV/AIDS** **Effect of social support in the lives of adults with HIV/AIDS**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 4833-4840, July 2016. ISSN 2175-5361. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4833-4840>.
- [12] GAMBOA, V.; VALADAS, S.; PAIXÃO, O. **Validação da versão portuguesa da Situational Motivation Scale (SIMS) em contextos acadêmicos**. Atas do XII Congresso Internacional Galego- Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho, 2013.
- [13] GEOCZE, Luciana et al. **Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 743-749, ago. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400019>

- [14] KELLY, J. A. (1998). **Group psychotherapy for persons with HIV and AIDS-related illnesses.** International Journal of Group Psychotherapy, 48, 143-162. <https://doi.org/10.1080/00207284.1998.11491534>
- [15] KELLY, J. A., Murphy, D. A., Bahr, R., Kalichman, S. C., Morgan, M. G., Stevenson, L. Y., Koob, J. J., Brasfield, T. L., & Bernstein, B. M. (1993). **Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons.** American Journal of Psychiatry, 150, 1679-1686. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.11.1679>
- [16] LEGO, S. (1996). **Psicoterapia de grupo com pessoas infectadas pelo HIV e seus cuidadores.** In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Orgs.). *Compêndio de psicoterapia de grupo* (pp. 390-396). Porto Alegre: Artes Médicas.
- [17] MEDEIROS, Rafaela Catherine da Silva Cunha de et al. **Quality of life, socioeconomic and clinical factors, and physical exercise in persons living with HIV/AIDS.** Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 51, p.1-10, 20 jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006266>.
- [18] MEHTA, S., MOORE, R. D., GRAHAM, N. M. H., 1997. **Potential factors affecting adherence with HIV therapy.** AIDS 11, 1665-1670.
- [19] MONTANER, J. S. et al. **Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the “HIV Treatment as Prevention” experience in a Canadian setting.** PLoS One, [S.l.], v. 9, n. 2, p. e87872, 2014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087872>
- [20] MUTASA-APOLLO, T. **Patching a leaky pipe: the cascade of HIV care.** Curr. Opin. HIV AIDS, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 59-64, 2013. doi: 10.1097/COH.0b013e32835b806e
- [21] PATRICK D.L, ERIKSON P. **What constitutes quality of life?** Concepts and dimensions. Clin Nutr.;7:53-63, 1988. DOI: 10.1007/978-94-011-2988-6_2
- [22] SILVA, J. A. G. et al. **Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p.1188-1198, 2015. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00106914>
- [23] TEIXEIRA, P. R., PAIVA, V., SHIMA, E. **Tá difícil engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: Copidart; Biblioteca virtual em saúde – Ministério da Saúde; 2000.** Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/ta_dificil.pdf>.
- [24] VALE, Felipe Campos et al. **Development and validation of the WebAd-Q Questionnaire to monitor adherence to HIV therapy.** Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 52, p.62-62, 22 maio 2018. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000337>.
- [25] WITTKOP, L. et al. **(Effect of transmitted drug resistance on virological and immunological response to initial combination antiretroviral therapy for HIV EuroCoord-CHAIN joint project): a European multicohort study.** Lancet Infect. Dis., [S.l.], Published online Feb 28, 2011. <http://unaids.org.br/estatisticas/>

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE ENCONTRADOS NA ADOLESCÊNCIA: um relato de caso¹

Lucinara dos santos Inácio²

Leandro Alencastro Santos³

Resumo: Sabemos através da literatura que pacientes borderline são de difícil manejo e o tratamento é complexo. A terapia do esquema foi criada por Jeffrey Young para tratar inicialmente transtornos de personalidade, entre eles o transtorno borderline. Dessa forma, objetiva-se verificar a efetividade de uma intervenção que utilizou a terapia do esquema no tratamento de uma adolescente com funcionamento compatível com transtorno de personalidade borderline. O presente relato de caso descreve o atendimento de uma adolescente de 16 anos, feito em uma clínica escola, submetida a 24 sessões de psicoterapia na modalidade individual. Na avaliação foram utilizados os critérios do DSM-V, os inventários de Beck, e o questionário de esquemas de Young. O tratamento envolveu técnicas da terapia do esquema, com ênfase na reparação parental limitada como elemento essencial para obtenção de resultados positivos desta paciente. Como resultados, observaram-se a diminuição dos níveis de depressão e ansiedade, assim como redução significativa no número de esquemas desadaptativos. Tais fatores colaboram para um melhor funcionamento biopsicossocial da paciente, indicando-se o impacto positivo do tratamento com terapia do esquema em adolescentes com funcionamento borderline.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline, Adolescência, Terapia do Esquema.

Abstract

It is known from the scientific literature that borderline patients are difficult to manage and their treatment is complex. Schema therapy was created by Jeffrey Young to initially treat personality disorders, including borderline disorder. Thus, the aim of this study was to verify the effectiveness of an intervention based on schema therapy in the treatment of an adolescent with

¹ Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

² Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

³ Docente Orientador. Psicólogo. Mestre em Ciências da Saúde pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

characteristics similar to borderline personality disorder. This case report describes the treatment of a 16-year-old adolescent in a school clinic who underwent 24 individual psychotherapy sessions. For evaluation, DSM-V criteria, Beck inventories, and Young's schema questionnaire were used. The treatment involved schema therapy techniques, with emphasis on limited parental repair as an essential element to obtain positive results from this patient. As a result, we observed a decrease in depression and anxiety levels, as well as a significant reduction in the number of maladaptive schemes. These factors contribute to a better biopsychosocial functioning of the patient, indicating the positive impact of treatment with schematherapy in borderline functioning adolescents.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Adolescence, Schema Therapy.

1. INTRODUÇÃO

Os pacientes com transtorno de personalidade borderline são tão numerosos que a maioria dos profissionais tratará ao menos um ao longo de sua prática clínica. Em geral, apresentam problemas graves e sofrimentos extremamente intensos, sendo o tratamento bem difícil e complexo (LINEHAN, 2010). Assim, detectar os fatores de risco que seriam precursores desse transtorno assume papel fundamental, já que facilitaria sua identificação precoce e, como consequência, a elaboração de estratégias interventivas em fases iniciais de desenvolvimento dos sintomas (NUNES et al., 2015). As principais origens ambientais da maioria dos transtornos de personalidade são necessidades emocionais básicas não satisfeitas na infância e adolescência, particularmente aquelas relacionadas a problemas na parentalidade (YOUNG, 2019). Na década de 1990, Jeffrey Young criou a Terapia do Esquema que aprimora e amplia os conceitos e técnicas da terapia cognitivo comportamental, criada por Aaron Beck na década de 1960, a fim de orientar os terapeutas no atendimento de pacientes com transtornos de personalidade mais complexos, como, por exemplo, o borderline.

Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM5-), a prevalência média do transtorno de personalidade borderline na população é estimada em 1,6% embora possa chegar a 5,9% (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2014). Essa prevalência em contextos de atenção primária é de cerca de 6%, 10% entre pacientes de ambulatório de saúde mental e 20% entre pacientes psiquiátricos internados, podendo ser menor nas faixas etárias mais altas.

Para além das questões psíquicas e subjetivas, fundamentais para a constituição de uma personalidade saudável, a literatura também discute a influência da cultura contemporânea neste processo e suas influências nas vivências da adolescência. O momento contemporâneo é marcado

pelo instantâneo, pela superficialidade e pelo imediatismo que estrutura/desestrutura as relações. (JORDÃO & RAMIRES, 2010)

1.1 Funcionamento Borderline

O relato de caso que compõem este estudo trata de uma adolescente, devido a isso, não podemos definir como transtorno de personalidade, todavia, nos referimos ao funcionamento que a paciente apresenta na maioria das áreas de sua vida, fazendo-se presente na mesma oito dos nove critérios diagnósticos. Diante disso, segue os critérios diagnósticos para Transtorno de Personalidade Borderline 301.83 (F60.3) segundo DSM-5:

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforço desesperado para evitar abandono real ou imaginário.
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (ex: gastos, sexo, abuso de substâncias, direção irresponsável, compulsão alimentar).
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor.
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la.
9. Ideação paranóide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos (APA, 2014).

Os sintomas mais frequentes identificados em adolescentes e adultos jovens são comportamento impulsivo e/ou autodestrutivo, uso de drogas, problemas sérios de identidade, e dificuldades nos relacionamentos interpessoais (DALGALARRONDO & VILELA, 1999). Para a sociedade em geral, principalmente aos indivíduos portadores deste transtorno, este tema torna-se importante pelo fato de ser um transtorno com muita complexidade em seu tratamento e segundo Mazer, Macedo e Juruena (2017), a psicoterapia é considerada um tratamento de primeira linha.

1.2 Possíveis origens do Transtorno de Personalidade Borderline

Segundo Young, Klosko e Weishaar (2008), alguns fatores biológicos podem contribuir para

o desenvolvimento do TPB, exemplo disso, é que a maioria dos pacientes com TPB tem um temperamento emocionalmente intenso e lábil. Esse tipo de temperamento pode servir como predisposição biológica ao desenvolvimento do transtorno. Três quartos dos pacientes com diagnóstico de TPB são mulheres (GUNDERSON, ZANARINI & KISIEL, 1991). Isso pode ser, em parte, uma consequência de diferenças de temperamento, isto é, talvez as mulheres tenham maior predisposição a ter temperamentos tensos e lábeis. Porém, essa diferença de gênero talvez também advinha de fatores ambientais, meninas são vítimas de abuso sexual mais frequentemente, e isso constitui um traço comum nos históricos infantis de pacientes com TPB (HERMAN, PERRY & VAN-DE-KOLK, 1989). Elas também costumam ser mais subjugadas e desestimuladas a expressar a raiva.

De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), quatro fatores no ambiente familiar reforçam a hipótese de predisposição biológica ao desenvolvimento de TPB.

- a) Quando o ambiente familiar é inseguro e instável: a falta de segurança quase sempre surge pelo abuso ou abandono. A maioria dos pacientes com TPB passou por abusos físicos, sexuais ou verbais quando criança, e se não houve abuso real contra o paciente, geralmente houve explosão de raiva ou violência, ou o paciente pode ter visualizado algum outro membro da família sofrer abusos. Além disso, há casos de abandono da criança, onde esta pode ter sido deixada sozinha por longos períodos de tempo sem alguém que cuidasse dela ou com alguém abusivo.
- b) Quando o ambiente familiar é privador: neste caso, as primeiras relações objetivas costumam ser empobrecidas. O afeto e os cuidados paternos costumam não existir ou ser deficientes. Um dos pais, ou ambos, talvez não se disponha emocionalmente a proporcionar empatia mínima à criança, onde o paciente sente-se sozinho.
- c) Quando o ambiente familiar é punitivo e rejeitador: pacientes com TPB são normalmente oriundos de famílias que criticam e rejeitam, punitivas quando os pacientes cometem erros, e que não perdoam. A postura punitiva é considerada extrema quando na infância, esses pacientes foram levados a sentirem-se sem valor, maus, inúteis ou sujos, ao contrário de outras crianças nos ambientes saudáveis.
- d) Quando o ambiente familiar impõe subjugação: neste caso, o ambiente familiar suprime as necessidades e os sentimentos da criança normalmente, existem regras implícitas sobre o que ela pode ou não dizer e sentir. A criança então entende: “Não demonstre o que sente, não chore quando for machucada, não se irrite quando alguém a maltratar, não peça o que quer, não seja vulnerável. Seja apenas o que nós queremos que você seja”.

1.3 Características do Transtorno de Personalidade Borderline encontrados na

Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, V.7 (1) 178 - 210, Julho 2022

⁴ Trabalho originalmente publicado em 1969

adolescência

Há muitas controvérsias no que se refere às definições de “condições psicopatológicas” no período da adolescência, já que é muito sutil a barreira que separa o “normal” e o “patológico” nesta fase do desenvolvimento. O adolescente está ainda em processo de formação de sua personalidade, sofrendo influência do contexto em que se encontra, portanto torna-se difícil falar em “transtorno de personalidade” (JORDÃO & RAMIRES, 2010).

De acordo com Guerreiro e Sampaio (2013), a adolescência se caracteriza por tentativas em construir autonomia em relação à família e a construção de um self que leve à identidade característica do final da adolescência. São frequentes comportamentos de risco (por exemplo, uso e abuso de álcool e/ou drogas, tabagismo, relações sexuais desprotegidas) que devem ser analisados em termos de intensidade, repetição e continuidade. Afinal, se correr alguns riscos é comum do desenvolvimento normal na adolescência, é importante considerar a possibilidade da fixação do adolescente a um padrão com consequências negativas que afetará seu desenvolvimento. As adolescências patológicas caracterizam-se por extrema falta de esperança, incapacidade para lidar com as emoções e organizar um sentido de pertença, bem como sustentar um sentimento de bem-estar. Deve-se ficar atento, pois todos esses sintomas citados, associados a comportamentos autolesivos na adolescência são sempre sinal de uma adolescência patológica.

Conforme Guerreiro e Sampaio (2013), diversos estudos feitos com adolescentes através da aplicação de questionários em ambiente escolar, realizados em vários países, inclusive no Brasil, mostram a alta prevalência de pensamentos suicidas, comportamento autolesivo, depressão e ansiedade entre esses adolescentes. Os comportamentos autolesivos são mais frequentes no sexo feminino e estão associados a níveis menores de educação, os adolescentes com esse comportamento normalmente apresentam ansiedade, depressão, impulsividade e agressividade. Estão associados em aproximadamente 90% dos casos a diagnóstico psiquiátrico, sendo mais frequentemente transtornos da personalidade dos tipos borderline, esquizotípica, dependente e evitativa, apresentando mais sintomas depressivos e ansiosos. A impulsividade, a baixa autoestima e o abuso de drogas foram também associados aos comportamentos autolesivos em adolescentes (GUERREIRO & SAMPAIO, 2013).

Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo explanar sobre a importância de identificarmos ainda na adolescência as características do TPB, bem como relatar a intervenção em Terapia do Esquema, feita numa adolescente, após identificar na mesma as características do Transtorno de Personalidade Borderline, assim como discutir sobre o tratamento terapêutico diante da complexidade desse transtorno.

1.4 Tratamento para Transtorno de Personalidade Borderline em Terapia do Esquema

Vários estudos apontam que os pacientes com TPB são caracterizados por representações de apego desorganizado (BECK, 2005). Esse apego desorganizado para Beck (2005), pode ter sido causado através de algumas experiências traumáticas ocorridas no início da infância, é possível que o tipo de resposta punitiva, rejeitadora ou de abandono por parte dos cuidadores levou-o ao apego desorganizado. Pacientes com diagnóstico de TPB, em geral, provocam no terapeuta, sentimento de impotência e confusão, pois muitas vezes dizem não saber quem são, do que gostam ou o que esperam da vida, e é bastante comum desistirem ou abandonarem a terapia (OLIVEIRA & BALZ, 2017).

Na década de 1990, Jeffrey Young criou a Terapia do Esquema que aprimora e amplia os conceitos e técnicas da terapia cognitivo comportamental, criada por Aaron Beck na década de 1960, a fim de orientar os terapeutas no atendimento de pacientes com transtorno de personalidade mais complexos, como, por exemplo, o borderline. Envolto nesse contexto, a Terapia do Esquema, emerge da terapia cognitiva comportamental integrada com elementos de outras escolas como Gestalt terapia, psicanálise, o construtivismo, teoria do apego de Bowlby e uma combinação com as técnicas *mindfulness* (OLIVEIRA & BALZ, 2017).

Conforme Young, Klosko e Weishaar, (2008), é um modelo de terapia estruturada, empática, focada na relação parental e nos padrões desadaptativo desenvolvidos pelo paciente ao longo da vida (na infância e adolescência), composta por técnicas de mudança afetiva, regulação emocional e a construção de uma consistente relação terapêutica por meio de confrontação empática (postura essa que empatiza com o sofrimento do paciente, compreende os motivos que o levam a, e apresentar determinados comportamentos, porém não incentivando aos mesmos, procurando impulsioná-lo à mudança) e a re-parentalização limitada (objetiva enfraquecer os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) desenvolvidos a partir das vinculações disfuncionais com os cuidadores, nas quais as necessidades emocionais básicas da criança não foram supridas adequadamente). Ainda segundo Young (2008), o terapeuta alia-se ao paciente para lutar contra seus esquemas, usando estratégias cognitivas, comportamentais e vivenciais, confrontando de forma empática para a mudança. A evolução do paciente na terapia acontece pela identificação com a reparação parental limitada, realizada pelo terapeuta, que supre de forma parcial as necessidades que não foram adequadamente atendidas na infância.

Um conceito de extrema relevância quando se fala de tratamento para TPB em Terapia do Esquema é o de Modo. De acordo com Young, Klosko e Weishaar, (2008), o conceito de modo se desenvolveu a partir da experiência clínica com pacientes com transtorno da personalidade borderline. Ao tentar aplicar o modelo de esquemas a esses pacientes, dois problemas surgiram. O

primeiro foi que esses pacientes costumam ter quase todos os 18 esquemas (especialmente abandono, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade, autocontrole/autodisciplina insuficientes, subjugação e postura punitiva), e trabalhar com tantos esquemas ao mesmo tempo, se mostrou complicado, necessitando de uma unidade de análise de mais fácil manejo. O segundo problema, no trabalho com pacientes com TPB, não percebeu-se a tendência desses pacientes de mudar rapidamente de um estado para outro em termos de afetos. Então foi desenvolvido o conceito de modo, a fim de captar os estados afetivos variáveis de pacientes com TPB. Os modos são padrões característicos de funcionamento do indivíduo (principalmente nas relações interpessoais) que agrupam em si certo número de esquemas desadaptativos (WAINER et al., 2016). Os modos podem ser entendidos como estados cognitivos, emocionais, comportamentais e fisiológicos (WAINER et al., 2016).

Cinco principais modos caracterizam o paciente com Transtorno de Personalidade Borderline: Modo Criança abandonada, Modo Criança zangada e impulsiva, Modo Pai/mãe punitivo, Modo Protetor desligado e Modo Adulto saudável (YOUNG, KLOSKO & WEUISHAAR, 2008). O modo criança abandonada trata-se da parte do paciente que sente a dor e o medo associados à maioria dos esquemas, como abandono, abuso, privação, defectividade e subjugação. O modo criança zangada e impulsiva aparecem quando o paciente está com raiva, se comportando impulsivamente, por suas necessidades emocionais básicas não serem atendidas, a emoção vivenciada geralmente é a raiva. O modo pai/mãe punitivo é a voz internalizada dos pais ou cuidadores que critica e pune o paciente, nesse modo, o paciente torna-se um perseguidor cruel de si mesmo. No modo protetor desligado, ele repele todas as emoções, desconecta de outras pessoas e funciona de maneira quase robótica. O modo adulto saudável é extremamente frágil e pouco desenvolvido na maioria dos pacientes com TPB, especialmente no início do tratamento.

De uma forma geral, o objetivo do tratamento é ajudar o paciente a incorporar o modo adulto saudável, tendo como referência o terapeuta para criar empatia com a sua criança abandonada a protegendo, dando e recebendo amor; combater e eliminar o pai/mãe punitivo; estabelecer limites ao comportamento da criança zangada e impulsiva e ajudar os pacientes nesse modo a expressar emoções e necessidades de forma assertiva; oferecer segurança e substituir, de forma gradual, o protetor desligado pelo adulto saudável.

Entre as técnicas utilizadas temos: exame de evidências, descoberta guiada, role-play, escuta reflexiva, confrontação empática e reparação parental limitada, sendo esta última a principal técnica utilizada no caso que compõe este estudo.

1.5 Reparação Parental Limitada

Segundo Wainer et al. (2016), a terapia do esquema (TE) é uma abordagem onde o profissional necessita dispor-se emocionalmente ao paciente durante o processo de psicoterapia, não somente porque expõe as fragilidades do indivíduo, mas porque a própria relação terapêutica se torna um poderoso agente da mudança. É de extrema importância um manejo especial em termos relacionais, uma vez que as maiores dificuldades se encontram no campo interpessoal, é esperado que tais déficits sejam reproduzidos no relacionamento terapeuta-paciente. Relação terapêutica e reparação parental são técnicas essenciais ao terapeuta do esquema, e precisam estar em consonância com suas características pessoais para que possam ser realizadas de forma genuína.

Para Wainer et al. (2016), a reparação parental limitada (RPL) surge como uma ferramenta e/ou estilo terapêutico que tem como objetivo enfraquecer os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) desenvolvidos a partir das vinculações disfuncionais com pais ou cuidadores, nas quais as necessidades emocionais básicas da criança não foram atendidas adequadamente. A RPL é uma chave para reparar relacionamentos, e o maior veículo dessa mudança é a relação terapêutica (KELLOGG & YOUNG, 2006). Essa técnica teve origem na teoria da experiência emocional corretiva, de Alexander e French (1965), e na teoria do apego, de Bowlby (1990)⁴. E também obteve uma importante contribuição dos estudos sobre apego realizados pela psicóloga do desenvolvimento Mary Ainsworth entre as décadas de 1960 e 1970 (WAINER et al., 2016).

Com a integração dessas teorias, Jeffrey Young destaca o papel do terapeuta na RPL, sendo este uma “base segura” para o paciente, propiciando um envolvimento consistente, no qual se objetiva reparar as experiências disfuncionais do passado (YOUNG et al., 2008). Nesse sentido, a RPL possibilita uma relação transformadora, na qual o terapeuta aproxima-se emocionalmente do paciente, estabelecendo um vínculo saudável ao suprir as necessidades não atendidas, ao mesmo tempo que os limites profissionais dessa relação são respeitados. Não intenciona-se que o paciente regrida a um momento criança, mas sim que ele possa, por meio do encontro entre um “pai adequado” e seu modo criança, desenvolver um adulto saudável (WAINER et al., 2016).

De acordo com Young (2019), existem alguns componentes fundamentais para a reparação parental limitada ou re-parentalização: a) Transmitir um alto grau de afeto, acolhimento e cuidado; evitar a neutralidade, como um pai reconfortante; b) ser uma pessoa real, ser honesto, direto e genuíno; c) empatizar e validar os sentimentos do paciente: “sintonização profunda”; d) fornecer muita segurança, muito empirismo e correção de distorções podem ser prejudiciais ;e) pacientes internalizam o terapeuta como parte de seu Modo Adulto Saudável; f) perguntar sobre reações positivas e negativas para você como pessoa , não apenas como um terapeuta; g) construção de confiança através de elogios diretos; h) incorporar auto-revelação apropriada sempre que possível; i) re-parentalização por exercício imagístico, “O que um adulto saudável faria por uma criança (ou amigo)? j) Dar aos pacientes um número de telefone pessoal, com limites claros, se você quiser; l)

dar um tempo extra fora das sessões: por exemplo, telefonemas, e-mails, mensagens; em) “Objetos transicionais”; n) uso limitado de holding em casos graves.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Relato do Caso

Maria Alice (nome fictício), dezesseis anos de idade, primeira filha de uma prole de duas filhas, de etnia caucasiana, solteira, sem filhos, morava com os pais e a irmã. Estudante do ensino fundamental, naquele ano estava repetindo o ano escolar.

Procurou a terapia sozinha, em um serviço escola de psicologia de sua cidade, e suas queixas principais eram dificuldades de falar em público, dificuldades em manter relacionamentos, sentimento de vazio, medo de ficar sozinha e/ou ser abandonada por quem ela gosta, e pensamentos suicidas. Mas já no primeiro atendimento Maria Alice relatou que se auto lesionava, e apesar de ter pensamentos sobre sua morte, nunca havia tentado ou planejado nada.

Em relação à área familiar, relatava muitas dificuldades no relacionamento com a mãe, pois essa a agrediu física e psicologicamente durante a infância. E na adolescência permaneceram as agressões psicológicas, fazendo com que as brigas fossem diárias entre elas. A paciente relata em atendimento que a mãe tem um relacionamento melhor com sua irmã do que com ela, fazendo com que ela se sinta abandonada, deixada de lado. Sobre o pai, Maria Alice o descreve como “neutro”, pois não interferia na relação dela com a mãe, e também não passava muito tempo em casa com a família, pois trabalhava em outra cidade, vindo somente aos finais de semana. A relação com a irmã era tranquila, tinham poucos momentos de conversa devido a pouca afinidade. Quando falava de sua infância, referia apenas momentos de conflito e as agressões por parte da mãe, bem como o medo que sentia de ser abandonada pelos pais toda vez que a deixavam na escola de educação infantil por volta de seus cinco anos de idade, ou quando a mãe saía por longos períodos, deixando-a com vizinhas ou babás.

Na área escolar, Maria Alice descreve a escola como um ambiente muito difícil de frequentar. A paciente relatou que tivera várias crises de ansiedade na escola, algumas por ter que falar diante dos colegas, outras por perceber os colegas a olhando demais, e de acordo com ela falando sobre ela, e isso a incomodava muito. Passou por situações constrangedoras, como por exemplo, tentar apresentar um trabalho e não conseguir devido à ansiedade e acabar chorando em sala de aula, e sem o auxílio dos pais para contornar a situação, acarretando assim sua desistência dos estudos. Foi sugerido pela escola que procurasse o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para tratamento psicológico, onde a paciente esteve em tratamento psiquiátrico e psicológico por dois

Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, V.7 (1) 178 - 210, Julho 2022

meses, fazendo uso de medicação (sertralina) por esse período. Após esses dois meses a paciente relata não estar se identificando com os profissionais que a acompanhavam, desistindo assim de todo tratamento.

Na esfera afetiva, Maria Alice descrevia seus relacionamentos como muito curtos, pois sua falta de paciência e controle da raiva acabava por afastar seus parceiros. Quando falamos sobre sexualidade ela se descreveu como “pansexual”, mostrando interesse por parceiros independentemente da sua identidade de gênero ou sexual.

Quando iniciou a terapia na clínica escola não fazia uso de nenhuma medicação e não tinha nenhum diagnóstico. Por se tratar de uma adolescente, foi solicitado aos pais que viessem à clínica escola para entrevista com a terapeuta de Maria Alice. A mãe se mostrou resistente em relação à entrevista, comparecendo somente no segundo mês de atendimento da filha e sem muito a dizer sobre a mesma. O pai compareceu após o quarto atendimento da paciente, se mostrando um pouco mais interessado e participativo.

2.2 Formulação do Caso

A paciente traz em sua fala o relato de um sofrimento que se iniciou pela falta de afeto e cuidado por parte da mãe e até um pouco de negligência por parte do pai, pois esse passava muito tempo fora de casa e quando estava presente se omitia ao comportamento agressivo da mãe, nos fazendo pensar que essa adolescente, se desenvolveu num ambiente invalidante, pouco propício para o desenvolvimento saudável de um indivíduo.

Quando a paciente relata ter ficado muito tempo sob os cuidados de babás ou vizinhas quando criança, e sua sensação de abandono quando os pais a deixaram na escola de educação infantil, (partindo do princípio que esses pais eram distantes, não afetuosos), nos leva a entender a origem do seu sentimento de vazio, assim como seu medo de ficar sozinha ou ser abandonada. A dificuldade de Maria Alice em manter relacionamentos pode ser pensada através da falta de vínculo seguro com seus pais.

Em relação a dificuldade de se expressar em público, a paciente nos traz em sua fala a percepção distorcida que tem de si mesma, se sentindo inferior e se julgando não ser boa o suficiente, percepção essa, construída a partir do olhar e da fala de sua mãe provavelmente. Sua crença de defectividade e de não ser capaz é tão forte que a fez perder o ano escolar.

Podemos pensar também, que na adolescência, há uma necessidade de ser aceita, de sentir-se pertencente a um determinado grupo. No caso de Maria Alice, essa necessidade é barrada pela ansiedade social, que não a permite interagir com outros, acarretando grande sofrimento.

2.3 Descrição do Tratamento

Segundo Young, Klosko e Weuishaar, (2008), o tratamento possui três etapas principais: (1) a etapa de vínculo e regulação emocional, (2) a etapa de mudança dos modos de esquema e (3) a etapa da autonomia. Nesta primeira etapa, o terapeuta estabelece vínculos com o paciente, tentando sempre desviá-lo do protetor desligado, formando uma base estável e carinhosa. O primeiro passo é o terapeuta e o paciente desenvolverem um vínculo emocional seguro, onde o terapeuta começa a realizar a reparação parental com a criança abandonada do paciente, oferecendo-lhe segurança e sustentação emocional. O terapeuta questiona o paciente sobre sentimentos e problemas atuais.

No caso de Maria Alice, podemos dizer que o vínculo foi estabelecido desde o primeiro atendimento, pois na primeira sessão de terapia a paciente relata grande parte de sua história e seus problemas atuais sem maiores dificuldades. Considerando seu alto grau de ansiedade, e seu histórico de dificuldade em falar com desconhecidos, nos dois primeiros atendimentos a paciente relata seus conflitos familiares, a relação difícil com a mãe, sua intensa tristeza, sentimento de vazio, medo de ser abandonada, seu comportamento autolesivo, sua ideação suicida, dificuldade em controlar a raiva. Nesta fase, a terapeuta utiliza-se constantemente da reparação parental limitada a fim de acolher, aproximar, validar a paciente, na tentativa de que a mesma se mantenha na terapia. Técnica de escuta reflexiva, para demonstrar estar atenta e interessada na fala de Maria Alice e não alimentar seu esquema de abandono. E exame de evidências, a fim de enfraquecer seus esquemas de defectividade e pessimismo, principalmente em relação às suas dificuldades no ambiente escolar, quando se julgava inferior aos colegas, ou quando a mãe a depreciava durante as discussões.

No quarto encontro com Maria Alice foram aplicados alguns instrumentos (BDI, BAI e Questionários de Esquemas de Young), com o intuito de auxiliar na hipótese diagnóstica e nortear o tratamento. Após o levantamento dos instrumentos, terapeuta e paciente examinam e discutem os resultados. E nas sessões seguintes, após conversar com os pais de Maria Alice (com sua permissão), é indicado que a paciente procure um psiquiatra, por se considerar necessário iniciar tratamento medicamentoso. Em relação às tarefas de casa, Maria Alice não aderiu. Foi solicitado a ela RPD algumas vezes, mas a paciente nunca trouxe para a sessão. Com isso, a terapeuta procurava trabalhar em sessão todos os assuntos possíveis.

Segue parte de uma sessão no início do tratamento:

***Paciente:** Minha mãe ta sempre implicando com tudo que eu faço, e quando eu não quero fazer uma coisa ela briga...ela não respeita o meu tempo...as vezes não consigo fazer as coisas na hora...tem que ser no meu tempo entende?...quando eu consigo. Ela não me da atenção, nunca me deu, briga comigo, diz que eu sou uma*

merda mesmo, não faço nada, e conversa só com minha irmã, e eu fico chateada, mas sempre foi assim.

Terapeuta: *Você me diz que sempre foi assim, me explica melhor isso, que lembranças você tem da sua infância com a sua mãe?*

Paciente: *(pensa um pouco) olha...não lembro de muita coisa, lembro dela batendo em mim e na minha irmã quando meu pai não estava. Lembro dela deixando a gente com as babás ou com as vizinhas, e eu chorando, achando que ela não ia voltar...ia abandonar a gente.*

Terapeuta: *Você não tem nenhuma lembrança positiva...um momento de brincadeira?*

Paciente: *Não, nada.*

Terapeuta: *Como havia te dito, hoje eu quero te ouvir, e tentar entender melhor a tua história. Maria Alice, você me falou que tem dificuldade de lidar com a raiva, que até já bateu em amigos, quebrou coisas, socou a parede. O que passa na sua cabeça nessas horas?*

Paciente: *Sei lá, não consigo me expressar, não controlo, quando vejo já explodi. Mas me arrependi de bater em amigos e de quebrar coisas, mas não consigo evitar. Ai depois de explodir vou para o meu quarto e fico lá quieta.*

Terapeuta: *E quando você bate na parede não machuca? Não dói?*

Paciente: *Dói mas alivia a raiva.*

Terapeuta: *O que mais você faz para “aliviar”? Você se machuca para aliviar?*

Paciente: *Sim...eu me “mutilo” aqui nos braços e nas coxas (mostra as marcas da autolesão)*

Terapeuta: *Maria Alice isso deve doer muito, não?*

Paciente: *Dói na hora, mas alivia a cabeça sabe...*

Terapeuta: *Isso tudo não deve ser fácil pra você. Mas no decorrer do tratamento, depois de saber mais sobre você, vamos pensar juntas maneiras de você se sentir melhor sem precisar se machucar. Eu estou aqui para ajudar você! Juntas vamos encontrar outros caminhos.*

Na segunda etapa, o terapeuta apresenta ao paciente um modelo de modo adulto saudável ao fazer a reparação parental do paciente. O adulto saudável vem para confortar e proteger a criança abandonada, para colocar limites à criança zangada, para substituir o protetor desligado e para eliminar o pai/mãe punitivo. Aos poucos, o paciente vai internalizando o modo adulto saudável. E

Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, V.7 (1) 178 - 210, Julho 2022

essa é a essência da terapia do esquema (YOUNG, KLOSKO & WEUISHAAR, 2008).

Exemplo, parte de uma sessão:

Terapeuta: *Maria Alice, nossa sessão de hoje está chegando ao fim, mas gostaria de saber mais sobre você e o violão, e das letras de música também. Tem tocado e escrito?*

Paciente: *Às vezes eu toco sim quando to sozinha, a música acalma, alivia... e às vezes escrevo alguma coisa, um pouco em inglês. E quando estou em algum romance gosto de mandar letras de música pra pessoa, pra expressar o que eu sinto, já que não sou muito boa quando eu falo pessoalmente.*

Terapeuta: *Fiquei curiosa para ver uma ou mais de suas letras de música, você me mostraria?*

Paciente: *Aí...sei lá...nunca mostro pra ninguém o que eu escrevo...é uma coisa só minha...tenho até vergonha...*

Terapeuta: *Te entendo....tranquilo Maria Alice, foi apenas uma ideia, uma curiosidade minha, mas se você não vai se sentir à vontade tudo bem. Imagino que suas letras devem ser muito interessantes, e se algum dia você quiser me mostrar vou ficar muito feliz em poder ver. Assim como se algum dia quiser trazer o violão e tocar aqui será um prazer ouvi-la.*

No exemplo acima, a terapeuta valida e fortalece o modo saudável e inteligente de Maria Alice. No decorrer do tratamento, com a psicoeducação, Maria Alice começou a entender melhor seu funcionamento a partir da identificação e nomeação de seus modos, que ela preferiu chamar de lados. De acordo com ela são: Lado raivoso (quando ela briga, bate, quebra coisas), lado acelerado (quando fica eufórica, quando bebe), lado ansiosa (quando fica pensando muito sobre tudo), lado preocupada (quando precisa ter bom desempenho), lado vulnerável (quando fica triste), lado saudável (aquela que consegue resolver/agir de forma assertiva), lado inteligente (aquela que toca violão, escreve, estuda). Quando questionada pela terapeuta sobre a existência do lado feliz, Maria Alice diz não ter pensado nele, e que o lado feliz ela ainda não tem.

Segue parte de uma sessão sobre os modos:

Terapeuta: *Maria Alice, lembra que nas sessões anteriores falamos sobre os vários lados que podemos ter dependendo da situação? Até brincamos sobre ter várias de você em uma só...*

Paciente: *Lembro sim claro, uma para cada situação. Falei até que era tipo ter um anjinho num ombro e um diabinho no outro (sorri).*

Terapeuta: *Isso mesmo! Ótimo! O que você acha de nomearmos esses lados? Como você chamaria essas várias que existem dentro de você?*

Paciente: *Claro, podemos tentar sim. Às vezes eu fico muito acelerada, sabe? Tipo... querendo conversar, sair de casa, me sentindo muito bonita, com vontade de beber, sei lá...sinto muita coisa junto sabe...tipo isso.*

Terapeuta: *Entendo, você se sente super bem nesse caso? Como poderíamos chamar esse lado, no que você pensou?*

Paciente: *Esse pode ser o lado acelerado, é bem assim que me sinto.*

Terapeuta: *Ótimo! Vamos chamar assim então, o lado acelerado.*

Paciente: *Só que tem vezes que fico muito triste, com medo, medo de ficar sozinha, sei lá, medo de perder o namorado, medo de ficar sem ninguém...*

Terapeuta: *Esse mesmo medo aparece também nas situações em que tua mãe esquece de te buscar em algum lugar, como você já me falou outras vezes?*

Paciente: *Sim! É isso mesmo, eu fico muito mal, sabe? Muito triste* **Terapeuta:** *Entendo, e como você chamaria esse lado?*

Paciente: *Sei lá, acho que lado triste mesmo, ou abandonada, acho que lado triste.*

Terapeuta: *Ok, vamos chamar esse de lado triste ou de vulnerável...[]*

Terapeuta: *Você não pensou numa Maria Alice feliz? Um lado feliz?*

Paciente: *Sei lá... parece que não...ainda não, felicidade parece alguma coisa maior que isso, sei lá, mas acho que esse ainda não...*

Terapeuta: *Ok, tudo bem, estamos só começando a identificar seus lados, e já temos vários, daqui a pouco surgirão outros e quem sabe o lado feliz não aparece? Talvez ele já esteja aí escondidinho...*

Paciente: *É...quem sabe mesmo...(sorri timidamente)*

E na terceira etapa, trabalha-se a autonomia do paciente. O terapeuta orienta a paciente em relação às suas escolhas de parceiros e ajuda a relacionar as mudanças obtidas na sessão aos relacionamentos fora da terapia. O terapeuta ajuda o paciente a descobrir suas inclinações naturais e a segui-las em situações cotidianas e em decisões importantes. Aos poucos, o terapeuta vai desacostumando o paciente à terapia, reduzindo a frequência das sessões (YOUNG, KLOSKO & WEUISHAAR, 2008).

A partir do momento em que Maria Alice nomeou seus modos/lados, começou a entender

melhor seu funcionamento, adquirindo mais autonomia para lidar com situações de conflito, assim como para se manter no relacionamento que iniciará logo após o início do tratamento. Um dos grandes problemas da paciente trazidos para a terapia era a difícil relação com a mãe. Normalmente o comportamento autolesivo acontecia após Maria Alice sofrer agressões verbais por parte da mãe durante as brigas, que de acordo com ela eram diárias. Com a psicoeducação sobre emoções, esquemas e modos, a paciente foi conseguindo gradualmente reduzir esses momentos de conflito através de estratégias mais assertivas. Maria Alice foi compreendendo que havia outras possibilidades de convivência com sua família, e não apenas momentos de conflito. Em relação à mãe, ela passou a não prolongar as discussões, entendendo que a mãe provavelmente necessitasse de acompanhamento psicológico devido ao seu histórico de vida. Com o namorado ela aprendeu a expressar suas emoções de forma mais adequada, sem perder o controle ou agredir. Em relação aos amigos Maria Alice trouxe para a sessão uma situação onde ela acionou seu lado saudável para impedir que o lado raivoso dominasse a situação, e acabasse com mais uma amizade, com acontecera várias vezes em sua vida.

Segue parte da sessão:

Paciente: *Essa semana aconteceu uma coisa que se fosse em outros tempos teria acabado em confusão, mas dessa vez consegui conversar e não brigar sabe...*

Terapeuta: *Fico muito feliz em ouvir isso! E você gostaria de me falar sobre essa situação?*

Paciente: *Ah sim! Bom... A alguns dias descobri que o Dudu, um ex-colega de aula tinha falado mal de mim para outras pessoas, e essas pessoas vieram me contar. Na hora fiquei muito brava, com muita raiva, mas não fiz nada, tentei me acalmar, lembrei das nossas conversas sabe... lembrei do meus lados bons...do lado saudável que a gente fala tanto aqui na terapia sabe...*

Terapeuta: *Coisa boa de ouvir Maria Alice! Então seu lado saudável entrou em ação para ajudar a resolver a situação?*

Paciente: *(sorriso) é... apesar de sentir raiva dessa vez não explodi...*

Terapeuta: *Isso é muito bom, mostra sua evolução, sua melhora, seu autocontrole, isso é realmente muito bom.*

Objetivos da terapia traçados com Maria Alice: Voltar aos estudos, melhorar relações interpessoais, desenvolver habilidades sociais, trabalhar a regulação emocional e manejo da raiva, manejo de pais (trabalho com os pais usando Terapia do Esquema), manter tratamento medicamentoso e acompanhamento psiquiátrico.

Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, V.7 (1) 178 - 210, Julho 2022

3 METODOLOGIA

O relato de caso que compõem este estudo trata de uma adolescente, devido a isso, não podemos definir como transtorno de personalidade, todavia, nos referimos ao funcionamento que a paciente apresenta na maioria das áreas de sua vida, fazendo-se presente na mesma oito dos nove critérios diagnósticos para transtorno de personalidade borderline.

Instrumentos aplicados no início do tratamento (4º encontro):

BDI (Beck Depression Inventory) = 36 Pontos, o que corresponde a sintomas graves de depressão.

BAI (Beck Anxiety Inventory) = 56 Pontos, o que corresponde a sintomas graves de ansiedade.

Questionário de Esquemas de Young, através do qual foram identificados os seguintes esquemas desadaptativos: abandono, desconfiança e abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, isolamento/alienação, vulnerabilidade, autocontrole insuficiente, pessimismo, inibição emocional.

Os mesmos instrumentos foram aplicados ao final do tratamento, (21º encontro), composto por um total de 24 encontros, sendo os resultados:

BDI (Beck Depression Inventory) = 15 Pontos, o que corresponde a sintomas depressivos leves a moderados.

BAI (Beck Anxiety Inventory) = 52 Pontos, o que ainda corresponde a sintomas graves de ansiedade, embora com menos pontuação.

Questionário de Esquemas de Young, onde foram identificados os seguintes esquemas: abandono e inibição emocional.

Durante o tratamento, nas sessões, foram utilizadas técnicas de exame de evidências, escuta reflexiva, psicoeducação sobre emoções, resolução de problemas, auto revelação, holding, trabalho com modos e reparação parental limitada ou reparentalização, entre outras.

4 RESULTADOS

Foram realizadas 24 sessões de psicoterapia semanais, sendo aplicado instrumentos para auxiliar no processo de avaliação, (BDI, BAI, Questionário de Esquemas de Young). Ao longo da terapia, estabeleceu-se uma boa relação terapêutica, sendo o tratamento beneficiado pela disposição da paciente em mudar, e a partir disso, muitos progressos foram alcançados. A paciente passou a

perceber sua agressividade nas relações e o quanto sofria com isso. É interessante pontuar que a paciente aceitou o encaminhamento para avaliação psiquiátrica proposto pela psicóloga e aderiu bem ao tratamento medicamentoso. Ao aplicar novamente os instrumentos pode-se perceber melhora significativa no quadro de depressão, assim como a diminuição considerável do número de esquemas desadaptativos. Podemos considerar que a paciente apresentou uma melhora cognitiva, todavia, seu quadro de ansiedade permaneceu elevado, sendo necessária a continuação do tratamento psicoterápico.

Quadro 1. Resultado da coleta de dados

Instrumentos utilizados	Início do tratamento	Final do tratamento
BDI	36 pontos	15 pontos
BAI	56 pontos	52 pontos
Questionário de Esquemas de Young	abandono, desconfiança e abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, isolamento/alienação, vulnerabilidade, autocontrole insuficiente, pessimismo, inibição emocional.	abandono e inibição emocional.

Fonte: Autoria própria, 2019.

5 DISCUSSÃO

Com base nos resultados apresentados e mediante análise das intervenções, percebemos que a paciente obteve ganhos terapêuticos importantes. Tais dados corroboram a literatura prévia, apontando que intervenções em Terapia do Esquema se mostram efetivas para tratar Transtorno de Personalidade Borderline (YOUNG et al., 2008).

De acordo com Basso (2016), a Terapia Focada em Esquemas, aponta que para sermos adultos saudáveis, todos nós, sem exceção, precisamos ter nossas necessidades emocionais supridas por nossos cuidadores para que nossa saúde psíquica se desenvolva no seu maior potencial. A partir da fala de Maria Alice, percebemos que suas necessidades não foram devidamente atendidas,

levando a paciente a apresentar um funcionamento compatível com transtorno de personalidade borderline. Com isso, podemos dizer que a melhora da paciente se deu, em grande parte, devido à boa relação terapêutica estabelecida desde o início do tratamento, assim como a reparação parental limitada (RPL) utilizada continuamente durante o processo terapêutico.

Alguns pontos merecem ser destacados nessa discussão, entre eles, a importância da RPL no tratamento de Maria Alice, sendo essa a primeira paciente desta terapeuta em seu estágio clínico curricular. Já nos primeiros atendimentos vários pensamentos automáticos ocorreram na terapeuta em relação à Maria Alice, como por exemplo: Onde está essa mãe? Preciso ajudar! Vontade de cuidar! Ela precisa se afastar dessa família tóxica! Em nenhum momento houve resistência da paciente em relação ao tratamento, como acontece algumas vezes, quando trata-se de pacientes borderline, ao contrário, ela mostrou-se engajada na terapia e desejando melhorar. Quando Maria Alice era questionada sobre a terapia ou o feedback da sessão era solicitado, a paciente relatava sentir-se bem na terapia, pois ali ela era ouvida e a terapeuta era uma das únicas pessoas que a compreendia e não a julgava, se mostrava interessada em continuar, tendo poucas faltas durante todo o tratamento. Com essa fala de Maria Alice, podemos pensar que além de uma boa relação terapêutica, a técnica de escuta reflexiva foi importante para que ela se sentisse ouvida, e percebesse que alguém se interessava por sua história.

Outro ponto que merece destaque neste caso, é a redução significativa do número de esquemas desadaptativos, bem como a diminuição dos sintomas depressivos, nos levando a considerar uma melhora cognitiva, ou melhor dizendo, visão de si, visão do outro e visão de futuro. Apesar disso, seu quadro de ansiedade permaneceu elevado, nos levando a associá-lo aos esquemas de abandono e inibição emocional, que ainda se mostravam ativos.

Ainda sobre a diminuição do número de esquemas ao final do tratamento, podemos considerar que a cada sessão quando a terapeuta recebia a paciente com um abraço e lhe dizia o quão feliz estava em vê-la, de forma genuína, a paciente sentia-se acolhida, e quando a elogiava por tocar violão e compor sentia-se validada, fortalecendo a relação terapêutica e enfraquecendo os esquemas, afinal, ser acolhida e validada era um padrão de relacionamento até então desconhecido para Maria Alice. De acordo com Young (2019), agir de forma genuína com o paciente é um dos componentes fundamentais para a reparação parental limitada ou reparentalização. Bem como o uso do “holding”, pois através do abraço do terapeuta é transmitido alto grau de afeto, favorecendo a relação terapêutica e conseqüentemente à obtenção de resultados positivos na terapia. Outro componente da reparação parental limitada citado por Young é a auto revelação. Em alguns momentos durante o tratamento de Maria Alice a terapeuta fez uso de auto revelação, como por exemplo, quando a paciente era desqualificada pela mãe, a terapeuta que também é mãe, disse-lhe que sentiria muito orgulho em ter uma filha como ela, com todas as suas qualidades.

A técnica de exame de evidências se mostrou de grande importância durante o tratamento, principalmente em momentos que Maria Alice falava sobre dificuldades na escola, por se sentir inferior em relação aos colegas e incapaz em relação às atividades escolares. E também quando sua mãe a ofendia durante as brigas lhe chamando de inútil. Através do exame de evidências a paciente se deu conta de que os colegas também tinham suas dificuldades e ela era capaz de fazer coisas que muitos deles não fariam, como por exemplo, tocar um instrumento musical. E em relação à mãe, começou a perceber que a culpa pelas discussões nem sempre eram dela, e que não era uma inútil como a mãe se referia, chegando a considerar que talvez sua mãe necessitasse de tratamento psicológico.

O trabalho com modos foi outro componente muito relevante no tratamento de Maria Alice. Sendo a dificuldade nas relações interpessoais uma das principais queixas da paciente, a nomeação dos modos por Maria Alice foi fundamental para que ela conseguisse agir de forma assertiva nas suas relações. A partir do momento que a adolescente nomeou e começou a entender a funcionalidade de cada modo, adquiriu mais autonomia e assertividade para manejar diferentes situações cotidianas. Podemos pensar que seu polo saudável foi fortalecido através da reparação parental limitada e da relação terapêutica. E a cada sessão quando Maria Alice relatava alguma situação onde ela evocava seu modo saudável para ajudar a resolver a situação, a terapeuta além de elogiá-la, tentava mostrar o quanto ela era capaz de administrar adequadamente as mais diversas situações. Durante o tratamento a paciente relatava que em muitos momentos seu modo raivoso vinha à tona, porém ela aprendeu a acionar o modo saudável para controlar a raiva, como por exemplo, dizer a um amigo o que a desagrada sem quebrar nada ou bater no amigo. Assim como aprendeu a chamar o modo inteligente quando o modo ansioso começava a falar mais alto, indo para seu quarto tocar violão e se concentrar na música, a fim de parar os pensamentos desagradáveis que vinham à mente.

Por parte da “terapeuta iniciante”, houve sempre um forte desejo de ajudar aquela jovem paciente a alcançar sua melhora, como se ela fosse uma “amiga” bem próxima, conseqüentemente ter mais qualidade de vida, concluir seus estudos, ter um padrão de funcionamento saudável para poder se relacionar, desenvolver suas habilidades sociais, autonomia e independência, para que ao alcançar a maioridade pudesse afastar-se daquela família tóxica, em especial da mãe.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de intervenção com terapia do esquema em uma adolescente com funcionamento compatível com transtorno de personalidade borderline se mostrou efetivo para melhora de sintomas depressivos, bem como para a redução expressiva do número de esquemas desadaptativos.

Consideramos *relação terapêutica* e a reparação parental limitada elementos fundamentais deste processo.

Freqüentemente na clínica, e demais serviços de saúde, encontramos adolescentes com comportamento autolesivo, muitas vezes combinado ao abuso de álcool e outras drogas, bem como com ideação suicida e relato de forte sentimento de vazio. Diante de tal demanda, consideramos de grande importância explicar sobre o tema, assim como discutir formas de tratamento mais eficazes. A identificação de características do transtorno de personalidade borderline ainda na adolescência possibilita intervenção adequada, tanto psicoterápica quanto farmacológica, e conseqüentemente mais qualidade de vida ao paciente.

Como limite do estudo, aponta-se o delineamento de estudo de caso, que impossibilita a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

- [1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- [2] BASSO, Lissia Ana. As cinco necessidades emocionais – Terapia do Esquema. **Wainer Psicologia**, 2016. Disponível em: <<https://wainerpsicologia.com.br/blog/?p=990>>. Acesso em 06/06/2018.
- [3] BECK, A. T. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- [4] BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo**. Apego e Perda – Volume 1. São Paulo: Martins Fontes, 1990. Trabalho originalmente publicado em 1969.
- [5] DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno borderline: história e atualidade. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 52-71, June 1999.
- [6] GUERREIRO, Diogo Frasilho; SAMPAIO, Daniel. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 31, n. 2, p. 204-213, dez. 2013.
- [7] GUNDERSON, J. G.; ZANARINI, M. C.; KISIEL, C. L. Borderline personality disorder: A review of data on DSM-III-R descriptions. **Journal of Personality Disorders**, v. 5, n. 1, p. 340-352, 1991.
- [8] HERMAN, J. L.; PERRY, J. C.; VAN DE KOLK, B. A. Childhood trauma in borderline personality disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 146, n. 1, p. 490-495, 1989.
- [9] JORDAO, Aline Bedin; RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 47, p. 421-430, Dec. 2010.
- [10] KELLOGG, S. H.; YOUNG, J. E. Schema therapy for borderline personality disorder. **Journal of Clinical Psychology**, v. 62, n. 4, p. 445-458, 2006.
- [11] LINEHAN, M. **Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: guia do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- [12] MAZER, A. K.; MACEDO, B. B. D.; JURUENA, M. F. Transtornos da personalidade. **Revista de Medicina – USP**, v. 50, n. Supl. 1, p. 85-97, 2017.
- [13] NUNES, Fábio Luiz et al. Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 68-76, dez. 2015.

- [14] OLIVEIRA L. T.; BALZ M. Terapia focada em esquemas no tratamento do transtorno Borderline. **Anais...** XII Semana Universitária e XI Encontro de Iniciação Científica Unifimes, [s. n.], 2017.
- [15] WAINER, Ricardo et al. **Terapia Cognitiva focada em esquemas:** integração em psicoterapia, Porto Alegre: Artmed, 2016.
- [16] YOUNG, J. E. A reparação intensiva e a relação terapêutica na Terapia de Esquema. **Anais...** Congresso Wainer de Psicoterapias Cognitivas, Gramado, RS, 2019.
- [17] YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do esquema:** guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Conceitualização de caso em Terapia do Esquema

2nd Edition

Version 2.22

Nome do terapeuta:	Lucinara	Data:	06 de outubro de 2019
Número de sessões:	24	Meses desde que iniciou o tratamento:	7 meses

I. Informação antecedentes do paciente

Nome / ID do paciente	M.A.	idade:	16
Estado de Relacionamento Atual / Orientação Sexual / Filhos (se houver):	Solteira, pansexual/bisexual, sem filhos		
Maior nível educacional	Cursando ensino fundamental		
Ocupação e Posição	Estudante		

País de Nascimento /
 Filiação Religiosa /
 Grupo Étnico

Brasileira

II. Porque esse paciente está em terapia?

Quais são os principais fatores que motivam o paciente a procurar tratamento? Que aspectos das circunstâncias da vida do paciente, eventos significativos, sintomas / transtornos ou emoções / comportamentos problemáticos estão contribuindo para seus problemas (por exemplo, problemas de saúde, problemas de relacionamento, explosões de raiva, anorexia, abuso de substâncias, dificuldades de trabalho, estágio da vida)?

<p>a. Inicialmente</p>	<p>Procurou terapia por ter dificuldades de falar em público, diz ter crises de ansiedade na escola por apresentar trabalhos, baixo rendimento escolar (está repetindo o ano), não consegue manter relacionamentos interpessoais, dificuldades na relação com a mãe (brigam muito), comportamento autolesivo, dificuldade para controlar a raiva, pensamentos suicidas, insônia. Refere grande tristeza e sentimento de vazio e diz não ter com quem conversar ou muitas vezes não querer falar.</p>
<p>b. Atualmente</p>	

III. Impressão Geral do paciente

Usando linguagem cotidiana, descreva brevemente como o paciente se depara em um sentido global durante as sessões (por exemplo, reservado, hostil, ansioso para agradar, necessitado, articulado, sem emoção). Nota: este item não inclui a discussão da relação terapêutica ou estratégias de mudança.

a. Inicialmente	Ansiosa por melhora e colaborativa.
b. Atualmente	Paciente colaborativa, ansiosa por melhorar.

IV. Perspectiva diagnóstica atual do paciente

A. Diagnósticos principais (inclua o nome e o código para cada transtorno da CID-10):

1.	Depressão Maior	2.	Funcionamento Borderline
3.	Ansiedade Social	4.	

B. Nível atual de funcionamento nas principais áreas de vida:

Avaliei o funcionamento atual do paciente para cada uma das 5 áreas de vida na tabela abaixo. As descrições detalhadas de cada área de vida e a escala de classificação de 6 pontos estão incluídas no Guia de Instruções (1 = Não Funcional / Muito Baixa, 6 = Muito Bom ou Excelente Funcionamento). Na coluna 3, explique brevemente sua justificativa para cada classificação em termos comportamentais. Se o nível anterior de funcionamento do paciente foi significativamente diferente do nível atual, por favor, explique na coluna 3.

Área de vida principal	Pontuação de nível de funcionamento	Explicação ou elaboração
------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Ocupacional ou desempenho escolar	1	Não está conseguindo se manter na escola, não participa das aulas, está repetindo o ano, tem crises de ansiedade no ambiente escolar
Relacionamentos íntimos, românticos e de longo prazo	1	Não consegue se manter num relacionamento, as relações duram no máximo dois meses e mesmo assim com brigas, tem crises de raiva e ansiedade com o parceiro.
Relações familiares	2	Brigas diárias com a mãe, distanciamento da irmã, apenas alguns momentos de conversa com o pai.
Amigos e outras relações sociais	2	Quase nenhuma amiga, e tem evitado situações sociais.
Funcionamento solitário e tempo sozinho	3	Fica sozinha a maior parte do tempo. Às vezes sai com alguns amigos.

V. Principais problemas de vida e sintomas

Para cada grande problema atual da vida ou sintoma / distúrbio psiquiátrico, elabore a natureza do problema e como ele cria dificuldades na vida atual do paciente. Tente evitar a terminologia do esquema ao descrever cada problema ou sintoma.

1. Problema de vida/sintoma:

Dificuldade nas relações interpessoais

Paciente tem dificuldades de manter relacionamentos amorosos, pois não tem paciência com o parceiro e acaba tendo explosões de raiva. Isso também ocorre nas amizades.

2. Problema de vida/sintoma:

Dificuldades em falar em público ou com desconhecidos.

Paciente diz não conseguir mais frequentar a escola por ter que falar para as pessoas e com as pessoas.

3. Problema de vida/sintoma:

Relacionamento familiar

Evita falar com a mãe, pois essa sempre a critica e agride verbalmente. A relação com a irmã é distante, pois diz que a mãe prefere a irmã, e elas não tem muita afinidade. Diz ter uma relação melhor com o pai, que a escuta em alguns momentos.

4. Problema de vida/sintoma:

Comportamento autolesivo

Relata se lesionar para aliviar o sofrimento. Fez isso algumas vezes mas não falou para ninguém até então. Costuma se cortar nos braços e coxas com lâminas.

VI. Infância e adolescência: origem dos problemas atuais

A. Descrição geral da história de vida infantil

Resuma os aspectos importantes da infância e adolescência do paciente que contribuíram para seus problemas, esquemas e modos de vida atuais. Inclua quaisquer experiências problemáticas tóxicas importantes ou circunstâncias da vida (por exemplo, mãe fria, pai verbalmente abusivo, bode expiatório para o casamento infeliz dos pais, padrões irrealisticamente altos, rejeição ou intimidação pelos pares).

M.A. relata que o relacionamento em família sempre foi conturbado, “pois não há diálogo com a mãe, a relação com a irmã também não é boa, lhe restando apenas o pai para conversar” (sic). De acordo com o pai, M.A. foi uma criança que chorava muito, demandando sempre muita atenção, querendo sempre estar no colo do pai, na presença do pai .

Quando perguntada sobre sua infância M.A. diz ter poucas lembranças, mas logo fala de agressões cometidas pela mãe enquanto pai estava fora. Relata ter passado muito tempo sendo cuidada por babás e vizinhas, e fala também da “sensação de abandono” quando os pais a deixavam na escola de educação infantil aos 4 ou 5 anos. A paciente relata em atendimento que a mãe tem um relacionamento melhor com sua irmã do que com ela, fazendo com que M.A. se sinta abandonada, deixada de lado. Não teve problemas na escola em relação ao desempenho até 3 anos atrás, porém seu comportamento em relação aos colegas sempre foi mais tímido, introvertido e evitativo.

B. Necessidades emocionais não satisfeitas

Para os itens 1-3 abaixo, especifique as principais necessidades não atendidas do paciente. Em seguida, explique brevemente como as origens específicas da seção

VI.A. acima levou à necessidade de não ser cumprida. Liste qualquer outra necessidade não atendida no Item 4.

1. Necessidades não atendidas	Afeto, empatia, estabilidade, segurança, cuidado e proteção
Origens	Mãe agressiva, distante, e ausente por longos períodos do dia, Pai ausente, passivo

Necessidades não atendidas	Liberdade de expressão e emoções válidas
Origens	Mãe agressiva, muito crítica, invalidava e inibia suas emoções e comportamentos, criticava seu desempenho

3. Necessidades não atendidas	Autonomia e competência
Origens	Não houve suporte, incentivo por parte dos pais para que a paciente desenvolvesse suas habilidades como a música por exemplo. Ou para que frequentasse regularmente a escola.

4. Necessidades não atendidas	Espontaneidade e lazer
--------------------------------------	------------------------

Origens	A família não tinha momentos de lazer
----------------	---------------------------------------

C. Possíveis fatores temperamentais e biológicos

Liste as facetas do temperamento - e outros fatores biológicos - que podem ser relevantes para os problemas do paciente, os sintomas e o relacionamento terapêutico.

Paciente relata histórico de bipolaridade na família da mãe, uma tia,(irmã da mãe), pai faz uso diário de maconha para “relaxar”, segundo ele. Mãe ansiosa e depressiva.
--

D. Possíveis fatores Culturais, Étnicos e Religiosos

Se relevante, explique como normas e atitudes específicas do histórico étnico, religioso e comunitário do paciente desempenharam um papel no desenvolvimento de seus problemas atuais (por exemplo, pertencerem a uma comunidade que enfatizava excessivamente a concorrência e o status em vez da qualidade de relacionamentos).

.

VII. Esquemas mas relevantes (Atualmente)

Para os itens 1 a 4, selecione os 4 esquemas mais centrais para os problemas atuais da vida do paciente. Primeiro, especifique o nome do esquema. Em seguida, descreva como cada esquema é executado atualmente. Discuta um tipo específico de situação em que o esquema é ativado e descreva as reações do paciente. Que

efeito (s) negativo (s) cada esquema tem no paciente? Listar quaisquer outros esquemas relevantes no Item 5.

1. Específico Esquema Inicial

Desadaptativo :

Privação Emocional

Paciente sente-se carente, sozinha, desamparada. Quando está em casa com a família quase não conversam.

2. Específico Esquema Inicial

Desadaptativo :

Defectividade

Sente-se falha em todas áreas de sua vida. Não acredita em seu potencial como estudante de música.

3. Específico Esquema Inicial

Desadaptativo :

Inibição Emocional

Não consegue expressar suas emoções como gostaria

4. Específico Esquema Inicial

Desadaptativo :

Abandono

Sente-se sozinha, não confia nas pessoas, pensa sempre que o parceiro e os amigos vão abandoná-la, sente muito medo de ficar sozinha.

5. Específico Esquema Inicial Desadaptativo:	Vulnerabilidade a danos ou doenças
No último período, a paciente tem apresentado vários pensamentos catastróficos em relação a acidentes e doenças com ela e seus filhos.	

<ul style="list-style-type: none"> • 6. Específico Esquema Inicial Desadaptativo : 	Isolamento e alienação
Tem dificuldades em falar em público ou com desconhecidos, muitas vezes evita situações sociais, e passa muito tempo sozinha no quarto.	

* no preenchimento do questionário ela pontuou mais alto para padrões

VIII: MODOS MAIS RELEVANTES:

A. MODOS CRIANÇAS

1. CRIANÇA VULNERÁVEL: Modo muito ativo nesta paciente, sente-se, na maior parte do tempo, sozinha, desamparada.

B. MODOS DE ENFRENTAMENTO

1. MODO DE RESIGNAÇÃO:
2. MODO PROTETIVO/EVITATIVO: protetor desligado quando está em casa para evitar conflitos com a mãe

2. MODO HIPER COMPENSATÓRIO:

C. MODOS PAIS DISFUNCIONAIS: pais hipercríticos e punitivos.

D. OUTROS MODOS RELEVANTES

E. MODO ADULTO SAUDÁVEL: deseja muito melhorar, na sessão consegue falar o que sente, tocar violão e escrever.

IX. RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A. REAÇÃO DO TERAPEUTA AO PACIENTE: Paciente bem efetiva e colaborativa, instiga

vontade de ajudar e a paciente afirma que quer que eu a ajude

B. COLABORAÇÃO PARA OBJETIVOS E TAREFAS (pontua, descreva e de que forma poderia ser melhorada).

C. VÍNCULO E REPARARENTALIZAÇÃO LIMITADA: Acredito que eu consigo repararentalizar.

OUTRAS QUESTÕES QUE PODEM AFETAR A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

X: OBJETIVOS TERAPÊUTICOS: PROGRESSO E OBSTÁCULOS

1. OBJETIVO DA TERAPIA

1. ESQUEMAS E MODOS A SEREM TRABALHADOS. Modo país, críticos, punitivos exigentes internalizados, modo criança zangada, modo criança vulnerável, esquemas de privação emocional, defeito, inibição emocional, abandono, isolamento, pessimismo, autocontrole

2. PROGRESSO E OBSTÁCULOS. Paciente está psicoeducada, entende seus lado críticos e tenta acionar seu lado saudável. Obstáculos: quadro de ansiedade e difícil relação com a mãe, morando na mesma casa acabam brigando diariamente.

O *COMING OUT* DE HOMOSSEXUAIS E SEUS EFEITOS NA FAMÍLIA: Revisão narrativa de literatura¹

Deivid Roldão Bussolo²

Zuleika Leonora Schmidt Costa³

RESUMO

Objetivo: Este estudo visa compreender o processo de *coming out*⁴ de homossexuais e seus efeitos no ambiente familiar. **Método:** utilizou-se como método levantamento bibliográfico na base eletrônica Google Acadêmico entre os anos de 2016 a 2021 onde, após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, 13 artigos pertinentes ao assunto foram selecionados para compor o estudo. **Resultado:** o *coming out* é entendido como o momento em que o homossexual revela sua orientação sexual para outras pessoas, como sua família; neste grupo, há a possibilidade dos familiares reagirem de forma violenta e rejeitarem o homossexual, causando graves danos à sua saúde mental; por outro lado, famílias que proporcionam um ambiente acolhedor resultam em maiores níveis de bem-estar destes sujeitos. **Conclusão:** o *coming out* é um importante processo para homossexuais, principalmente para aqueles que decidem revelar sua orientação sexual à família, uma vez que a reação dos seus familiares impactará de diferentes maneiras em sua vida, evidenciando-se o valor da aceitação familiar para desfechos positivos em sua saúde.

Palavras chaves: Homossexualidade; *Coming out*; família.

ABSTRACT

Objective: this study aims to understand the coming out process of homosexuals and its repercussions on the family environment. **Method:** a bibliographic survey was used in the Google Academic electronic database between the years 2016 to 2021 where, after applying the inclusion and exclusion criteria, 13 articles relevant to the topic were selected to compose the study. **Result:** coming out is understood as the moment when the homosexual reveals his sexual orientation to other people, such as his family; in this group, there is the possibility of family members reacting

¹ Trabalho apresentado ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC) como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

² Graduando do curso em Psicologia da UNICNEC.

³ Psicóloga Doutora em Educação pela UNILASALLE, Ms. em Educação pela UFRGS, coordenadora e professora da graduação em Psicologia da UNICNEC.

⁴ Em português, *coming out* pode ser entendido como “assumir-se” ou através da expressão “sair do armário” - ou seja, o momento em que ocorre a revelação da orientação sexual do sujeito para outras pessoas.

violently and rejecting the homosexual, causing serious damage to their mental health; on the other hand, families that provide a welcoming environment result in higher levels of well-being for these subjects. **Conclusion:** coming out is an important process for homosexuals, especially for those who decide to reveal their sexual orientation to the family, since the reaction of their family members will impact their lives in different ways, highlighting the value of family acceptance for positive outcomes in your health.

Keywords: Homosexuality; Coming out; family.

1. INTRODUÇÃO

Orientação sexual pode ser entendida como a capacidade de cada indivíduo para uma disposição de cunho emocional, sexual e/ou afetiva, tal qual como relações sexuais e íntimas com pessoas de gênero diferente, de mesmo gênero ou de ambos os gêneros – assim, compreende-se como homossexual o sujeito que orienta estes sentimentos para aquele de mesmo gênero que o seu (GASPODINI; JESUS, 2020).

Quanto ao desenvolvido da orientação sexual de uma pessoa, ainda não há respostas conclusivas sobre o assunto; existem suposições de que a mesma seja a combinação de fatores tanto de cunho biológicos quanto de aspectos ambientais e sociais; mesmo sem conclusões, de um ponto de vista científico, a homossexualidade é tida como uma variação normal das orientações sexuais presentes na humanidade (LEITE; CATELAN, 2020).

Atualmente, ainda se percebe a heterossexualidade como tópico principal no entendimento do conceito da orientação sexual do ser humano, acarretando em expectativas advindas do meio social sobre a sexualidade de um sujeito – assim, há a expectativa de que homens tenha atração (seja ela amorosa ou sexual) apenas por mulheres - por exemplo; este entendido de “superioridade” quanto à heterossexualidade serviu como base para a invisibilidade e estigmatização de homossexuais por muito tempo (GASPODINI; JESUS, 2020).

Assim, observa-se a existência de uma inclinação para a aceitação e naturalização apenas de relações heterossexuais – aqueles que não se encaixam neste padrão duramente concebido e difundido pelo meio social são tidos como uma minoria alvo de perseguições, discriminação, atos de violências e humilhações das mais diversas formas (LAWRENZ, 2017).

Através do preconceito social vivenciado por sujeitos homossexuais durante sua vida, a família tem-se mostrado como uma importante rede de apoio quanto à questões envolvidas na orientação sexual - entre elas, o processo de revelação da orientação sexual (conhecido como *coming out*); neste momento, a rede familiar é tida como o principal suporte para que o sujeito

possa revelar sua orientação sexual para si e também para outros (DEBELLA; GASPODINI, 2021).

A qualidade da relação familiar acaba por contribuir na promoção de saúde mental em pessoas homossexuais, através do aumento da autoestima e suporte para as vivências de seu cotidiano; da mesma forma, as mesmas relações podem adoecer mentalmente estes sujeitos, contribuindo no desenvolvimento de transtornos – como depressão e ansiedade (PAVELTCHUK; BORSA, 2020).

Desta forma, mediante a revelação da orientação sexual, o ambiente familiar pode enfrentar dificuldades em aceitar o ente homossexual, visto que a família é integrante de um contexto permeado por crenças e construções sociais que acabam por se tornar um obstáculo no processo de aceitação (NASCIMENTO; COMIN, 2018).

Partindo deste pressuposto, a presente pesquisa tem por objetivo compreender o processo de *coming out* de homossexuais - visto se tratar de um momento de grande importância para estes sujeitos – bem como analisar seus efeitos no ambiente familiar dos mesmos.

2. METODOLOGIA

Elaborou-se o presente trabalho a partir de uma revisão de literatura de estudos qualitativos, sendo realizada durante os meses de Agosto à Novembro de 2020, retomando-se durante o período de Agosto à Novembro de 2021. A busca bibliográfica da literatura foi realizada na base eletrônica *Google Acadêmico* (<https://scholar.google.com.br>) - além disso, artigos relevantes também serão buscados nas referências dos estudos usados para o embasamento da presente revisão.

A seleção dos artigos ocorreu através de duas etapas. Na 1ª etapa, o resumo de cada artigo encontrado na busca inicial às bases de dados foi lido, gerando-se assim um parecer sobre sua inclusão (ou não) na presente revisão. Na 2ª etapa da seleção de material, realizou-se um exame completo dos artigos previamente selecionados de forma a localizar informações pertinentes ao objetivo anteriormente estabelecido.

Utilizaram-se como critérios de inclusão artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, devendo ter publicação entre os anos de 2016 e 2021, em língua portuguesa e que evidenciem o momento de *coming out* de homossexuais e seus desdobramentos dentro do ambiente familiar. Usaram-se os seguintes descritores para a busca: (1) Homossexual (2) *coming out* e (3) família - criou-se uma lista de descritores para cada termo e a busca final será

feita com uma intersecção entre as três listas.

1) Homossexual	2) <i>Coming out</i>	3) Família
Gays.	Assumido.	Familiares.
Lésbicas.	Sair do armário.	Rede familiar.

Como critério de exclusão pontuam-se publicação em anais, manuais e livros, materiais não disponíveis em língua portuguesa, que não estavam disponíveis na íntegra, que não possuíam correlação com o assunto aqui proposto e possuísem ano de publicação inferior ao período anteriormente citado.

COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A busca inicial localizou 239 artigos na base de dados do Google Acadêmico; após o processo de leitura e análise, bem como de exclusão, 13 artigos foram selecionados para compor a presente revisão.

Tabela 1 - lista de artigos selecionados

Autores	Título	Periódico	Ano
CAMPOS, Laís Sudré; GUERRA, Valeschka Martins.	O ajustamento familiar: associações entre o apoio social familiar e o bem-estar de homossexuais.	Psicologia Revista – São Paulo.	2016.
MATA, Nely Dayse Santos da.	Adolescentes homossexuais e as relações com seus familiares: um enfoque da fenomenologia social.	Tese de Doutorado.	2016.
VELHO, Rui Rafael Carvalho.	O <i>Coming Out</i> dos jovens gays aos pais e mães.	Dissertação de mestrado	2016.

BRAGA et. al.	Violência familiar contra adolescentes e jovens gays e lésbicas: um estudo qualitativo.	Revista brasileira de enfermagem.	2017.
NASCIMENTO, Geysa Cristina Marcelino; COMIN, Fabio Scorsolini.	A revelação da homossexualidade na família: Revisão integrativa da literatura científica.	Temas em Psicologia.	2018.
NASCIMENTO; Geysa Cristina Marcelino.	A perspectiva familiar diante da revelação da orientação homossexual de jovens adultos.	Dissertação de mestrado.	2018.
NASCIMENTO, Geysa Cristina Marcelino; COMIN, Fabio Scorsolini.	Homossexualidade e família de origem: a perspectiva de homossexuais masculinos.	Revista família, ciclos de vida e saúde no contexto social.	2018.
REIS, Denise Filipa da Silva.	Convergências e divergências familiares em torno da orientação sexual dos filhos: um estudo exploratório.	Dissertação de mestrado.	2018.
BERNARDO, Elaine Carla; NOGUEIRA, José Roberto Netto.	As dificuldades dos parentais perante a descoberta da homossexualidade dos/as filhos/as	Interciência & Sociedade.	2020.
LEITE, Madalena; CATELAN, Ramiro Figueiredo.	Terapia familiar afirmativa com lésbica, gays e bissexuais.	Pensando famílias.	2020.
SOUZA et. al.	Revelar-se homossexual: percepções de jovens adultos brasileiros.	Ciências Psicológicas.	2020.
BARROS, João Henrique Oliveira; COELHO, Gilson Gomes	Sobre(vivências) homossexuais e o embate familiar.	Revista Farol.	2021.
DEBELLA, Monalisa Col; GASPODINI, Icaro Bonamigo.	Experiências de pais e mães na revelação da orientação não heterossexual de filhos/as.	Interação em Psicologia.	2021.

Tabela 1 – Tabela de demonstração de artigos e autores utilizados para definição da presente pesquisa. Fonte: Autoria própria, 2021.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Homossexualidade

Orientação sexual pode ser compreendida como um estado emocional e permanente caracterizado pela atração emocional, sexual e/ou romântica por pessoas do mesmo sexo, do sexo oposto ou por ambos – assim, o homossexual é entendido como aquele sujeito que direciona estas atrações para outros indivíduos do mesmo gênero (REIS, 2018).

Campos & Guerra (2016) contribuem ao salientar que, para a compreensão da orientação sexual de um sujeito, deve-se considerar tanto os campos políticos quanto sociais onde a mesma se desenvolve, uma vez que referidos campos são responsáveis por ditar os parâmetros de normalidade e diferença – neste último, encontra-se a homossexualidade, pois ao fugir de um padrão heteronormativo presente na sociedade, os homossexuais passam a serem entendidos como anormais e desviantes às regras impostas pelo ambiente social.

Neste quesito, ressalta-se que:

“A homossexualidade é considerada uma expressão natural da sexualidade humana; não sendo algo novo no comportamento afetivo-sexual da humanidade. A sua manifestação remonta desde os primórdios da civilização humana. Contudo, em decorrência da pós-modernidade e das inúmeras transformações sociais, essa manifestação da sexualidade ganha mais visibilidade nos âmbitos sociais (MATA, 2016, p. 18).”

3.1.1 Breve contextualização histórica

Reis (2018) corrobora ao afirmar que a homossexualidade sempre esteve presente na história da humanidade onde, em certo momento, a mesma passou a ser vista como uma anormalidade, algo “errado” e servindo como embasamento para a discriminação – assim, ainda nos dias atuais a homossexualidade é tida como um comportamento aceitável para algumas culturas e uma patologia para outras.

Em retrospectiva histórica, Debella & Gaspodini (2021) destacam o ano de 1869, onde Karl Maria Kertbeny utilizou-se originalmente dos termos “heterossexual” e “homossexual”, visando inserir na pauta política alemã questões acerca da reforma sexual bem como a revogação de leis que declaravam a homossexualidade um crime; posteriormente, no final do século XIX, sexólogos utilizaram-se dos referidos termos como forma de definir comportamentos e identidades sexuais – neste processo encontrava-se a definição da “anormalidade” destes fenômenos; assim, estes elementos foram fator-chave para a

institucionalização da ligação entre normalidade com a heterossexualidade e anormalidade com a homossexualidade.

Nascimento (2018) evidencia que a homossexualidade, a partir destas considerações, foi conceituada como algo inadequado e pervertido, uma vez que se distanciava da ideia inicial de relação sexual – a procriação; neste sentido, a homossexualidade encontrava-se na lista de atos pervertidos de diversos estudos, tratando-se na época sob o termo “homossexualismo”, que reforçava seu status patológico.

Com base nesta patologização, Leite & Catelan (2020) salientam a importância da revolta de Stonewall em 1969 onde membros da comunidade LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais) da cidade de Nova Iorque protestaram contra a discriminação e intolerância sofridas através da patologização promovida - como a inclusão da homossexualidade no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM); assim, profissionais ligados à saúde mental começam a pressionar a Associação Psiquiátrica Americana (APA) para que a homossexualidade fosse removida do referido material, fato este que ocorreu no ano de 1973; ainda assim, somente no ano de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) remove a homossexualidade da relação de doenças mentais do Código Internacional de Doenças (CID).

Souza et. al (2020) também afirmam que, através dos movimentos sociais presentes na década de 1960 (como o feminismo e movimentos de liberação sexual) o movimento homossexual obteve impulso para lutar por seus direitos sociais e se distanciar de estigmas negativos preconcebidos por fatores religiosos o que, nos tempos atuais, contribuiu para novas possibilidades de expressão da sexualidade, sendo resultado de significativas mudanças históricas e culturais ocorridas nos padrões de relações sociais.

Em contrapartida, Mata (2016) evidencia que, apesar dos avanços conquistados em quesitos como legislações (por exemplo, o casamento gay) e a maior visibilidade da homossexualidade dentro do contexto social (como através de filmes e novelas), a sociedade contemporânea ainda possui uma percepção carregada de estigmas acerca desta orientação sexual, contribuindo-se, assim, para ações embasadas por preconceito.

3.2 *Coming Out*

Denomina-se *coming out* o processo no qual o sujeito revela sua orientação sexual à outras pessoas, tratando-se de um processo que varia para cada sujeito; há, em diversos casos, a tendência de jovens homossexuais revelarem sua orientação inicialmente para conhecidos que compartilhem da mesma orientação sexual que a sua, posteriormente à seus grupos sociais e,

por fim, para seus pais (REIS, 2018).

De acordo com Bernardo & Nogueira (2020) o processo do *coming out* deve ser considerado uma tomada de ação que requer grande coragem, onde muitas vezes não se faz presente um tempo de diálogo que resulte em tal questão; assim, a verdade tende a ser revelada de uma forma rápida e, em muitos casos, de uma forma agressiva através da necessidade de se livrar do fardo de se manter tal segredo guardado dentro de si, bem como em decorrência de angústias e medos sofridos pelo sujeito.

Complementando, Reis (2018) afirma que através do *coming out* há a diminuição do estresse decorrente da pressão de se manter a orientação “escondida”, reduzindo o isolamento e a alienação do sujeito, permitindo ao mesmo receber apoio de outras pessoas e, conseqüentemente, vivendo de maneira significativamente mais plena.

Entretanto, Souza et. al (2020) apontam que, embora haja maior diversidade quanto às formas de se expressar a sexualidade na atualidade, o *coming out* ainda é um difícil processo para algumas pessoas, visto a forma como o homossexual ainda é visto na sociedade, muitas vezes sujeito à segregação social e violência.

Velho (2016) também reforça que níveis de poder e diferença, como fatores socioeconômicos e culturais, possuem grande peso na decisão de realizar o *coming out* visto que o mesmo se torna mais difícil quando, de um ponto de vista socioeconômico, o sujeito possui pouca autonomia – como por exemplo, necessitando financeiramente de outras pessoas.

Assim, segundo Barros & Coelho (2021) após o *coming out*, diversos sujeitos decidem sair de casa, contando com o suporte de amigos e de outros grupos sociais; infelizmente, há aqueles que não possuem conexões fortes e estrutura financeira para tal decisão e acabam encontrando na rua a forma mais rápida de desligar-se do ambiente no qual estão inseridos.

3.2.1 Implicações do “sair do armário”

Barros & Coelho (2021) evidenciam que, mediante as diversas formas de violência vivenciadas por sujeitos homossexuais, o mesmo passa a colocar sua subjetividade em local considerado por si como “seguro”, caracterizando-se assim o “armário”, que atua como um mecanismo de manejo da vida desse sujeito – entende-se, assim, como um episódio de reforçamento de uma heterossexualidade compulsória.

Velho (2016) complementa ao ponderar que a vivência dentro do armário é marcada por um status de silêncio, sendo este mais efetivo no momento que o sujeito passa a assumir (contra sua vontade) comportamentos heterossexuais que acabam por resultar em sentimentos

de confusão e negação em relação a si mesmo.

De acordo, Nascimento (2018) ressalta que esta decisão tem como justificativa diferentes questões sociais, como o sigilo de ser homossexual na presença de colegas de trabalho, da família ou para ser incluído em certos grupos – por exemplo; estas ações fomentam a concepção de que os desejos e sentimentos de homossexuais devem ser guardados tal qual um “segredo”, acomodando-os à concepções sociais de que estas relações devem manter-se invisíveis em locais públicos, restringindo-as à vida privada desta população.

Reis (2018) expõe que, através da internalização destas concepções sociais, pode ocorrer do sujeito começar a levar uma “vida dupla” ou entender sua orientação sexual como uma identidade secreta, onde o mesmo passa a comportar-se como heterossexual em espaços públicos e como homossexual dentro de espaços privados.

Souza et. al (2020) corrobora com este ponto ao afirmar que, devido ao medo da rejeição advinda do ato de assumir-se homossexual, diversos sujeitos passam a ter receio deste momento, desencadeando assim danos emocionais (como depressão e ansiedade), assim como a impossibilidade de manter relações saudáveis e estáveis, o uso de substâncias e desenvolver comportamentos sexuais de risco; neste sentido, o *coming out* é entendido como um momento libertador na vida destes sujeitos.

Em contrapartida, Reis (2018) destaca que, por diferentes tipos de discriminações sofridas, muitos sujeitos homossexuais decidem por não realizar o *coming out* e continuar no “armário”, em muitos casos optando pelo isolamento social como forma de não sofrerem violência homofóbica ou por medo de sofrerem rejeição e perder importantes relacionamentos – como, por exemplo, as relações familiares.

Em concordância ao exposto, Braga et. al (2017) salientam que o *coming out* pode ser um momento em que homossexuais se encontram vulneráveis à reações negativas ou agressivas de outras pessoas (principalmente de membros da família) – estas reações podem (seja a curto ou longo prazo) ocasionar em danos ao desenvolvimento saudável dessa população.

Velho (2016) complementa ao reiterar a possibilidade do aumento de retaliações físicas e do risco de isolamento social por parte daquele que decide revelar sua orientação sexual à outras pessoas - entretanto há, entre os benefícios advindos do processo de *coming out*, o aumento do bem-estar psicológico e também da autoestima do sujeito, uma vez que o mesmo passa a viver de uma forma mais autêntica.

3.3 Família e o *coming out* de homossexuais

Conforme Barros & Coelho (2021) família pode ser entendida como um grupo de

Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, V.7 (1) 210 - 226 , Julho 2022

peças que compartilham um vínculo através de laços sanguíneos assim como laços afetivos; em relação à sua estruturação e atribuição, a família foi historicamente idealizada como uma instituição incumbida da guarda dos efeitos sociais daqueles que a compõem, bem como pela proteção e cuidado dos mesmos, visando um ambiente de harmonia, amor, paz e fraternidade - ou ao menos assim deveria ser.

Segundo Debella & Gaspodini (2021) a família se constitui como uma importante rede de suporte para pessoas homossexuais, sendo percebida como um alicerce fundamental para que ocorra o *coming out* das mesmas, uma vez que o apoio dos membros familiares possui grande impacto no desenvolvimento saudável dessa população.

Em contrapartida, Barros & Coelho (2021) reforçam que por se tratar de uma construção social, a família também é permeada com normas sociais que impedem que pessoas desviantes ao “socialmente aceito” (como o homossexual) possam contar com a referida proteção, tornando o ambiente familiar um local hostil – assim, em muitos casos prolonga-se a permanência do sujeito no “armário” de forma a não perder o vínculo com seus familiares.

Braga et al. (2017) conceitua, então, a família como uma importante rede de acolhimento, apoio e proteção, principalmente no que diz respeito à promoção de bem-estar e saúde mental; entretanto, há de se entender que a mesma também pode se configurar como um ambiente que gera e reproduz ações violentas e adoecimento mental no sujeito homossexual.

Velho (2016) afirma que a homossexualidade dificilmente se encontra em associação à aspectos familiares, uma vez que a cultura raramente perspectiva gays e lésbicas como membros de uma família, por muitas vezes considerando-os como “anti-famílias” – ideal este observável em movimentos contra direitos sociais para pessoas homossexuais que se autodenominam “movimentos à favor da família” ou “família tradicional”.

Para Campos & Guerra (2016) a retratação midiática da homossexualidade também contribui na produção da visão de que a mesma é uma doença, anormalidade e um pecado, evidenciando sua estigmatização e reafirmando preconceitos – neste sentido, a família internaliza essa visão deturpada e preconceituosa, acabando por não possuir conhecimentos reais à respeito do que é ser homossexual.

3.3.1 Reações familiares frente ao *Coming Out*

Bernardo & Nogueira (2020) afirmam que, no momento do *coming out* de um filho, cada pai e mãe vivencia sensações e comportamentos de medo, preconceito, decepção negação, angústias e hostilidades mediante a realidade homossexual assumida; assim, diversos cenários

podem ocorrer no momento de revelação, considerando-se a cultura, a estruturação e as expectativas futuras presentes no ambiente familiar.

Contribuindo à este ponto, Campos & Guerra (2016) afirmam que as preocupações acerca das dificuldades que o membro homossexual enfrentará em sua vida leva à um sentimento de tristeza por parte dos familiares, bem como frustração por parte dos pais em relação à planos realizados e expectativas futuras, também podendo haver relação à um sentimento de culpa – como se a homossexualidade fosse uma “falha” na criação do sujeito.

Segundo Mata (2016) quando há a manifestação da homossexualidade por um filho, não é raro ocorrer uma fissura na dinâmica da família; a revelação da orientação sexual comumente vem acompanhada de tensões capazes de romper os vínculos presentes em sua estrutura, uma vez que a rejeição costuma, em princípio, marcar a interação entre aquele que se assume e seus familiares.

Nascimento & Comin (2018) analisam que, diante do *coming out*, a família (assim como o ente homossexual) também “sairá do armário” perante a sociedade; assim, o medo, a intolerância e a frustração de ser “revelada” à outras pessoas são exteriorizados através de agressões, ameaças e outras formas de violência.

Para Souza et al. (2020) estas reações comumente são embasadas por diferentes fatores, como a influência do ideal heteronormativo da sociedade, o temor do sujeito ser discriminado e estigmatizado ou através do fato de não ter conhecimento suficiente para lidar com a “estranheza” de haver um familiar com parceiros do mesmo gênero.

Barros & Coelho (2021) pontuam que as punições dentro do ambiente familiar após o *coming out* são por muitas vezes tidas pelos membros da família como necessárias e “reparadoras”, visando trazer o homossexual e a ambiente familiar à “normalidade” – ou seja, para uma heterossexualidade que nunca existiu.

De forma complementar, Bernardo & Nogueira (2020) expõem que, entre as punições adotadas pelos familiares, há a possibilidade da expulsão do ente homossexual, bem como agir de forma a retirar recursos fornecidos à ele, como auxílio financeiro por parte dos pais - assim, a violência dentro da relação familiar após *coming out* causa danos à autoestima do familiar homossexual, bem como dificuldades ao seu processo de socialização, através da sensação de terror, exclusão e humilhação; outro comportamento adotado é “mascarar” a revelação, onde a família passa a não falar mais sobre o assunto, como se um ente homossexual não se fizesse presente dentro de sua configuração.

Segundo Braga et al. (2017) os efeitos punitivos e traumáticos decorrentes das reações dos membros da família frente ao *coming out* colaboram em maiores probabilidades de

tentativa de suicídio, desenvolvimento de depressão, uso de substâncias nocivas à saúde e comportamento sexual de risco.

Barros & Coelho (2021) destacam que, por muitas vezes, a violência sofrida dentro do ambiente familiar é mais dolorosa que aquela sofrida na rua, visto que o indivíduo violentado percebe que aquele que o agride é uma pessoa que deveria possuir uma relação de amor e afeto, tal qual lhe foi ensinado desde seu nascimento.

Ainda assim, Nascimento & Comin (2018) evidenciam que há famílias que acabam por acolher o homossexual dentro do ambiente familiar e buscando ofertar todo o carinho e apoio possível para o momento da revelação sexual, auxiliando na possibilidade do sujeito lidar de forma mais tranquila e positiva com questões ligadas à sua sexualidade, o que torna a família uma referência de suporte social.

Leite & Catelan (2020) destacam que o apoio familiar é visto como preditor de maior autoestima, apoio social e outros aspectos positivos ligados à saúde do sujeito, atuando também como fator protetivo contra depressão, ideação e comportamento suicida e abuso de substâncias.

Campos & Guerra (2016) corroboram ao afirmar que o apoio social familiar se configura como um dos fatores mais importantes para o bem-estar de pessoas homossexuais, onde aqueles que possuem tal apoio apresentam maiores índices positivos em bem-estar e conectividade social.

3.3.2 O processo da aceitação familiar após o *coming out*.

Segundo Nascimento (2018) deve-se entender a aceitação como um processo, onde a mesma pode ocorrer de maneira imediata, a passos lentos ou não ocorrer. Para isto, há a possibilidade da procura por apoio psicológico para a família e o familiar homossexual, com o intuito de haver melhor compreensão sobre a situação e maior probabilidade da aceitação por parte da família.

Em adição, para Nascimento & Comin (2018) o entendimento da aceitação como um processo pode servir na melhora da frustração daqueles que foram rejeitados por suas famílias visto que, após certo período de tempo, a situação familiar pode vir a sofrer mudanças positivas, tornando-se aos poucos um local mais acolhedor.

De acordo, Campos & Guerra (2016) evidenciam a possibilidade de um processo de adaptação do ambiente familiar mediante o surgimento de situações atípicas, levando os seu membros à uma adaptação individual e grupal; assim, há a possibilidade das relações familiares

continuarem iguais tal qual antes do *coming out*, ou até mesmo se fortalecerem e melhorarem significativamente.

De forma complementar, Debella & Gaspodini (2021) afirmam que a aceitação familiar acontece no momento em que os pais cumprem seu luto e passam a reconhecer-se como pais de um sujeito homossexual; desta forma, o filho não é mais visto como uma vergonha, assim como a homossexualidade não se é mais um segredo familiar. Destaca-se também que meios de comunicação de massa e grupos de apoio são fatores fundamentais para trilhar o caminho da aceitação familiar.

Neste contexto, Bernardo & Nogueira (2020) ressaltam a importância de grupos criados por mães e pais que vivenciaram o processo de *coming out* dentro de sua família e se preocupam com a maneira que outros pais podem lidar com a descoberta da homossexualidade dos filhos; assim, a criação de tais grupos é fator extremamente positivo pois, além de transmitir a importância de amar, admirar e respeitar o familiar homossexual, ainda possibilita suporte à outras famílias que encontram-se neste processo.

Assim sendo, segundo Souza et al. (2020) o apoio proveniente do ambiente familiar contribui para desfechos mais adaptativos à saúde do sujeito homossexual, onde a aceitação do *coming out* resulta numa maior proximidade entre os familiares, marcando um importante indicador para a saúde mental desses sujeitos e, assim, uma vivência menos fragmentada em relação à sua sexualidade.

De acordo, Leite & Catelan (2020) constatam que a aceitação familiar, bem como ações afirmativas dos pais em relação à orientação sexual de seus filhos, pode atuar como fator de proteção diante de sentimentos e pensamentos negativos sobre ser homossexual, encontrando-se níveis reduzidos de danos psicológicos (como depressão e ansiedade) e comportamentos de risco (como o abuso de substâncias, por exemplo), o que salienta o valor da família na minimização das vulnerabilidades presentes no cotidiano destes sujeitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, ressalta-se o cumprimento do objetivo aqui estabelecido: compreender o processo de *coming out* de homossexuais e seus efeitos no ambiente familiar. Devido à visão negativa e deturpada ainda presente na sociedade acerca da homossexualidade, muitos destes sujeitos decidem esconder sua orientação sexual dos demais, visto o temor de ser vítima de discriminação e atos de violências por não se encaixarem no padrão heteronormativo concebido durante a história da humanidade; assim, o momento da revelação da orientação

sexual é, com toda a certeza, rodeado por sentimentos de dúvidas, medos e receios, principalmente quando o sujeito decide assumir-se para seus familiares, uma vez que se é aprendido que o ambiente familiar é um local de amor, carinho e respeito – algo que, infelizmente, não se faz presente na vida de muitos sujeitos após o *coming out*.

Através dos dados desta pesquisa, destacam-se os efeitos negativos decorrentes da rejeição familiar que acabam por impactar a saúde mental destes sujeitos à longo prazo, seja através do desenvolvimento de transtornos psicológicos como depressão e ansiedade ou através do uso de substâncias e de outros comportamentos de risco. Ressalta-se, então, a importância do apoio familiar mediante o processo de *coming out*, uma vez que o mesmo é entendido como um fator de proteção e preditor de resultados positivos à vida do sujeito, como aumento da autoestima e o fortalecimento do vínculo familiar.

Por fim, salienta-se a importância da Psicologia diante deste momento, principalmente ofertando suporte ao processo de aceitação familiar, atuando através das dúvidas e temores de pais e mães acerca da homossexualidade, bem como promovendo acolhimento para aquele que sofreu rejeição da família; há, também, a plena necessidade de constantes atualizações sobre o assunto, no intuito de contribuir socialmente para uma visão cada vez menos baseada em estereótipos e pré-conceitos da homossexualidade, bem como para o aperfeiçoamento do manejo terapêutico no atendimento a esta população e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- [1] BARROS, João Henrique Oliveira; COELHO, Gilson Gomes. Sobre(vivências) homossexuais e o embate familiar. **Revista Farol**. V. 12, n. 12, pp. 23-40, 2021. Disponível em < <http://www.revistafarol.com.br/index.php/farol/article/view/298>> Acesso em 17 de Novembro de 2021.
- [2] BERNARDO, Elaine Carla; NOGUEIRA, José Roberto Netto. As dificuldades dos parentais perante a descoberta da homossexualidade dos/as filhos/as. **Interciência & Sociedade**. V. 5, n. 2, pp. 402-419, 2020). Disponível em <<http://revista.francomontoro.com.br/intercienciaesociedade/article/view/167/123>> Acesso em 16 de Novembro de 2021.

- [3] BRAGA, Iara Falleiros et al. Violência familiar contra adolescentes e jovens gays e lésbicas: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de enfermagem**. V. 71, n. 3, pp. 1295-1303. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/reben/a/QLcYP6GCnTkymQY8s6SwkBs/?lang=pt&format=html>> Acesso em 17 de Novembro de 2021.
- [4] CAMPOS, Laís Sudré; GUERRA, Valeschka Martins. O ajustamento familiar: associações entre o apoio social familiar e o bem-estar de homossexuais. **Psico. Rev. São Paulo**. V. 25, n.1, pp. 33-57, 2016. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/29609>> Acesso em 15 de Novembro de 2021.
- [5] DEBELLA, Monalisa Col; GASPODINI, Icaro Bonamigo. Experiências de pais e mães na revelação da orientação não heterossexual de filhos/as. **Interação em Psicologia**. V. 25, n. 01, 2021. Disponível em <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/68018/43585>> Acesso em 14 de Novembro de 2021.
- [6] LAWRENZ, Priscila. Estresse de minoria, fatores familiares e saúde mental em homens homossexuais. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017. Disponível em <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/7425/2/DIS_PRISCILA_LAWRENZ_PARCIAL.pdf> Acesso em 11 de Novembro de 2021.
- [7] LEITE, Madalena; CATELAN, Ramiro Figueiredo. Terapia familiar afirmativa com lésbicas, gays e bissexuais. **Pensando famílias**. V. 24, n. 1, pp. 239-254, 2020. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v24n1/v24n1a17.pdf>> Acesso em 16 de Novembro de 2021.
- [8] MATA, Nely Dayse Santos da. Adolescentes homossexuais e as relações com seus familiares: um enfoque da fenomenologia social. **Tese de doutorado**. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-19052017-101058/publico/Original_Nely_Dayse_Mata.pdf> Acesso em 14 de Novembro de 2021.
- [9] NASCIMENTO, Geysa Cristina Marcelino. A perspectiva familiar diante da revelação da orientação homossexual de jovens adultos. **Dissertação de Mestrado**. Universidade do Triângulo Mineiro. Minas Gerais, 2018. Disponível em <<http://bdtd.uftm.edu.br/bitstream/tede/547/5/Dissert%20Geysa%20C%20M%20Nascimento.pdf>> Acesso em 15 de Novembro de 2021.
- [10] NASCIMENTO, Geysa Cristina Marcelino; COMIN, Fabio Scorsolini. Homossexualidade e família de origem: a perspectiva de homossexuais masculinos. **Revista família, ciclos de vida e saúde no contexto social**. V. 6, n. 4, pp. 735-745, 2018. Disponível em <<https://www.redalyc.org/journal/4979/497957635012/497957635012.pdf>> Acesso em 17 de Novembro de 2021.
- [11] NASCIMENTO, Geysa Cristina Marcelino; COMIN, Fabio Scorsolini. A revelação da

homossexualidade na família: Revisão integrativa da literatura científica. **Temas em Psicologia**. V. 26, n. 3, pp. 1527-1541, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/tps/a/M7ckhVvTmWTxRDQcFN9YYmK/?lang=pt&format=html>> Acesso em 17 de Novembro de 2021.

- [12] PAVELTCHUK, Fernanda de Oliveira; BORSA, Juliane Callegaro. A teoria do estresse de minorias em lésbicas, gays e bissexuais. **Revista da SPAGESP**. V. 21, n. 2, pp. 41-54, 2020. Disponível em <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7603385>> Acesso em 10 de Novembro de 2021.
- REIS, Denise Filipa da Silva. Convergências e divergências familiares em torno da orientação sexual dos filhos: um estudo exploratório. **Dissertação de Mestrado**. Universidade de Évora. Portugal, 2018. Disponível em <<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22817/1/Mestrado%20-%20Psicologia%20-%20Psicologia%20da%20Educa%20-%20Denise%20Filipa%20da%20Silva%20-%20Converg%20-%20diverg%20-%20familiares%20-%20t%20-%20orino%20da%20orienta%20-%20sexual%20dos%20filhos.pdf>> Acesso em 15 de Novembro de 2021.>
- [13] SOUZA, Daniel Alberto et al. Revelar-se homossexual: percepções de jovens adultos brasileiros. **Ciências Psicológicas**. V. 14, n. 2, 2020. Disponível em <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v14n2/1688-4221-cp-14-02-e-2229.pdf> Acesso em 14 de Novembro de 2021.
- [14] VELHO, Rui Rafael Carvalho. O *coming out* dos jovens gays aos pais e mães. **Dissertação de Mestrado**. Instituto Universitário de Lisboa. Portugal, 2016. Disponível em <<https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/12808>> Acesso em 12 de Novembro de 2021.

**SISTEMA IMUNOLÓGICO, VULNERABILIDADE AO ESTRESSE E SUAS
MANIFESTAÇÕES: revisão de literatura ¹**

Maria Denise Andrioli Besouchet ²

Ângela Maria de Freitas ³

RESUMO:

Este artigo, por intermédio da revisão de literatura, visa discutir a relação entre estresse e doenças, suas origens em inúmeros e diferentes eventos, alterando o equilíbrio do organismo e aumentando a vulnerabilidade deste em situações estressantes. Associadas às alterações fisiológicas, o artigo busca identificar alterações psicológicas e comportamentais, evidenciando a comunicação entre os sistemas imune, endócrino e nervoso durante o estresse.

Palavras Chaves: psicossomáticos; imunodeficiência; emoções e adoecimento; estresse e doença; mediadores biológicos e psicossomáticos.

Abstract:

This article, through a literature review, aims to discuss the relationship between stress and diseases, their origins in numerous and different events, altering the body's balance and increasing its vulnerability in stressful situations. Associated with physiological changes, the article seeks to identify psychological and behavioral changes, highlighting the communication between the immune, endocrine and nervous systems during stress.

Key words: psychosomatic, immunodeficiency, emotions and sickness, stress and sickness, biological mediators and psychosomatic.

1 Artigo de Revisão apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia - Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC).

2 Acadêmico Curso de Psicologia- Centro Universitário Cenecista de Osório (UNICNEC). E-mail: andrioli.besouchet@gmail.com

3 Orientadora, Psicóloga, Doutorado em Ciências da Saúde- Ênfase em Neurociências- PUCRS. Docente no Curso de Psicologia (UNICNEC).

Introdução

Desde há muito tempo, observamos relações entre as emoções e algumas manifestações destas no organismo humano. Um promissor campo de pesquisa desenvolve-se na medida que a ciência e os métodos de pesquisa avançam.

Todos os sistemas do corpo humano são partes de um grande sistema interligado no qual há constantes interações entre seus diversos componentes incluindo o sistema nervoso e o endócrino (SEYLE; 1976).

Para investigar as ligações entre o cérebro, o comportamento e o sistema imunológico e suas implicações na saúde física e na doença, precisamos considerar alguns fatores. Existe a hipótese de que estressores psicossociais afetam o funcionamento regular do sistema nervoso e do sistema imunológico alterando e diminuindo sua capacidade para proteger o corpo (ADER, ROBERT; 1981). Entre os fatores considerados surgem os estados emocionais que podem gerar exaustão ao organismo comprometendo seu equilíbrio.

Mesmo levando em consideração as características psicológicas do sujeito e as estratégias que ele possui para o enfrentamento das situações inerentes ao viver traumas e inúmeras dificuldades, sabemos que o desafio é constante em decifrar mecanismos envolvidos nas situações de desregulação emocional. Através de uma revisão de literatura, este artigo busca discutir a relação entre estresse e doenças, suas origens em inúmeros e diferentes eventos, alterando o equilíbrio do organismo e a vulnerabilidade deste diante de situações estressantes.

Revisão da Literatura

A partir dos anos 80 o entendimento de que o sistema imunológico era um sistema fisiológico autônomo que funcionava exclusivamente através de seus componentes químicos passou a dar lugar a uma nova visão, a qual reconhece o sistema imunológico como interdependente dos outros sistemas do corpo humano sendo sensível a regulação dos sistemas nervoso e endócrino.

Para considerar este novo modelo há de se considerar que estressores psicossociais interferem no sistema imunológico aumentando o risco de doenças e evidenciando um maior número de sintomas médicos. Esta situação pode ser observada quando uma ameaça biológica de certa intensidade altera a imunocompetência do sistema, que é a capacidade do mesmo de proteger-se. Muitas vezes a ameaça está relacionada a presença de fatores psicossociais o que se reflete nos estados emocionais do indivíduo e estão diretamente relacionados à intensidade de stress que o sujeito é capaz de enfrentar, as características de sua personalidade e a qualidade de suas relações sociais (MAIA, COSTA; 2002).

Na revisão de diferentes artigos relacionados ao sistema imunológico e as suas vulnerabilidades ao estresse, encontramos como definição de estresse um “estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações não-específicas produzidas num sistema biológico” (SEYLE;1976) onde foi possível identificar os seguintes pontos:

O organismo responde às demandas do psiquismo do indivíduo de forma inconsciente e sistemática. Os elementos sintomáticos trazem relação com sentimentos e emoções que o indivíduo viveu com sua carga negativa, quando estes não foram bem elaborados psiquicamente. A capacidade individual para lidar com as emoções e sentimentos advindos de experiências vivenciadas está diretamente relacionada com a capacidade de enfrentamento e adaptação saudáveis ou não saudáveis de cada um.

As características psicológicas individuais e as estratégias de confronto utilizadas pelo indivíduo nas diferentes situações do cotidiano, irão impactar em seu organismo em algum grau. Baseado neste conceito há possibilidade, especialmente em situações de traumas, onde o processo se consolida através de uma série de fases ligadas aos significados que o sujeito constrói ao longo da vida, de realizar intervenções buscando minimizar os efeitos negativos no sistema imunológico, contribuindo para manutenção da saúde.

Estudos realizados por Langer e Rodin (1976), sobre a saúde de um grupo de idosos, verificou que eles apresentaram uma resposta positiva depois de determinados acontecimentos quando envolvidos com atividades simples, mas que traziam significado a suas vidas, como cuidar de uma planta.

Outros estudos realizados por Holmes & Rahe (1967) puderam constatar que stress prolongado com origem em casamento, divórcio, problemas no emprego, morte, catástrofes naturais ou provocadas por erros humanos produz uma diminuição da saúde dos protagonistas ou vítimas destes eventos. Na mesma linha de pesquisa Felten & Olschowka (1987), referem-se à mediação de alguns fatores frente a mudança imunológica como a ativação do Sistema Nervoso Central, a resposta hormonal e a mudança comportamental relacionados às características e estados psicológicos dos indivíduos observados.

Marketon & Glaser (2008) também identificaram diferentes mediadores hormonais como epinefrina, conhecida como adrenalina, que quando liberada na corrente sanguínea tem a função de atuar sobre o sistema cardiovascular e manter o corpo em alerta para situações de fortes emoções ou estresse como luta, fuga, excitação ou medo. Outro mediador encontrado foi o cortisol, que é conhecido como hormônio do estresse, uma vez que é acionado justamente em situações de nervosismo aumentando a frequência cardíaca deixando o corpo mais atento a possíveis situações de perigo. Participam ainda, deste cenário, hábitos nocivos à saúde como o tabagismo, a alcoolemia, a alimentação compulsiva, entre outros.

Estudos desenvolvidos, referentes às respostas imunológicas frente ao estresse, apontam para correlação direta entre situações que envolvem tarefas estressantes e alterações em suas respostas imunológicas. A psiconeuroimunologia vem auxiliando na compreensão entre sistema nervoso central e o sistema imunológico. Os resultados neste mesmo campo de investigação apontam para alteração do número e das funções de células do organismo humano, gerando queda na imunocompetência (WANG, DELAHANTY, DOUGALL & BAUM, 1998).

Quando a associação é realizada entre a depressão clínica e a imunossupressão, que é redução deliberada da atividade ou eficiência do sistema imunológico, Herbert e Cohen (1993), verificaram, combinando vários estudos para fazer uma síntese reproduzível e quantificável dos dados, que os resultados são consistentes e possibilitam concluir que os deprimidos exibem uma menor resposta das células encarregadas da defesa do organismo, os linfócitos, possibilitando que agentes biológicos oportunistas venham a desequilibrar o organismo.

Segundo Stone, Cox, Valdimarsdottir, Jandorf & Neale (1987), sobre a relação entre os acontecimentos do dia a dia e a quantidade de imunoglobulina, anticorpos produzidos pelo organismo quando este entra em contato com algum tipo de microrganismo invasor, estudos evidenciaram que esta era maior quando o humor do sujeito era positivo e menor quando o humor do sujeito era negativo.

Quando os estudos tratam de personalidade, segundo Kamen-Siegel, Robin, Seligman (1991) as pessoas que apresentam tendência para o desânimo ou estilo pessimista mostram a possibilidade de tal personalidade, apresentam um pior funcionamento do sistema imunológico. Se adotadas estratégias inibitórias, repressivas ou de negação, aparecem aumento de sintomas físicos, com mais visitas médicas, maiores irregularidades do sistema nervoso autónomo e maiores perturbações do sistema imunológico. Da mesma forma os sujeitos introvertidos são mais suscetíveis a infecções respiratórias superiores após uma exposição viral e têm mais infecções periodontais. Portanto, elaborar as experiências negativas é um modo de proteger o sistema imunológico.

Estudos de Maia (2002), sobre os fatores que levam a longevidade, relacionam o pertencimento a grupos sociais como suporte, sendo um fator de proteção frente ao estresse, onde aqueles que o possuem têm menos probabilidade de ficar emocionalmente perturbados e de ficar fisicamente doentes.

Metodologia

Para este artigo de revisão de literatura, buscamos artigos científicos relacionados ao tema, visando construir um entendimento sobre sistemas orgânicos presentes no eixo saúde\doença.

As bases de dados utilizadas foram: Scielo; pepsic.bvsalud.org; periodicos.unb.br; newpsi.bvs-psi, Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBIUSP).

Os descritores selecionados foram psicossomáticos, imunodeficiência, emoções e adoecimento, stress e doença, mediadores biológicos e psicossomáticos.

Critérios de inclusão:

- 1- Artigos que tenham sido publicados em periódicos científicos.
- 2- Livros relacionados ao tema.

O total de artigos avaliados foram 31, sendo utilizados 19 artigos e excluídos 12.

Resultados

Quadro 1 - Distribuição dos artigos selecionados e analisados sobre a temática.

Periódicos	Autores	Ano	Título
Pepsic.bv.salud	Ader, Robert	1981	Pesquisa Psicossomática e Psico Imunológica
Scielo	Clemente, J.P.L; Peres, R. S;	2010	Funcionamento Psíquico e manejo clínico de pacientes somáticos
Scielo	Costa; Alvarez	2015	Abordagem Psicanalítica das Doenças
Manual/Livro	DSM-V	2014	Transtornos de Sintomas Somáticos
Scielo	Felten & Olschowka	1987	Emoções e Sistemas Imunológico
Livro/ Artmed	Filippon	2008	Psicoterapias para transtornos somatoforme.
periodicos.unb.br	Herbert e Cohen	1993	Neuroimunomodulação: sobre o diálogo entre os sistemas nervoso e imune
Scielo	Holmes & Rahe	1967	Avaliação de Reajustamento Social
Scielo	Kamen-Siegel, Robin, Seligman	1991	Estilo explicativo e imunidade mediada por células
Newpsi.bvs-psi	Langer e Rodin	1976	Efeitos da escolha e maior responsabilidade pessoal para os idosos: um experimento de campo em um ambiente institucional.
Repositorium.sdum. un	Maia, Costa	2002	Emoções e Sistema Imunológico: Um Olhar Sobre a Psiconeuroimunologia
Pubmed	Marketon & Glase	2008	Hormônios do estresse e função imunológica

Livro/ Psychê	Mendes; Pròchno	2004	Corpo e novas formas de subjetividade
Livro/ SIBIUSP	Seyle	1976	Stress: a tensão da vida e Mecanismos d Estresse
Pubmed	Stone, Cox, Valdimarsdottir, Jandorf & Neale	1987	Fatores psicossociais e imunoglobulina
Livro/ SIBIUSP	Wang, Delahanty, Dougall & Baum	1998	O manual da ciência do estresse: Biologia, Psicologia e Saúde
Livro/ Artmed	Zimerman	2008	Manual de Técnica Psicanalítica
Livro/ Artmed	Zimerman	1999	Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática.

FONTE: Autoria própria, 2021.

Discussão

Este artigo de revisão mostra que o estresse crônico em seus diferentes estágios são todos componentes de um grande sistema interligado que reflete direta ou indiretamente na saúde ou adoecimento dos indivíduos. As ligações neurais e o funcionamento do cérebro, o sistema imunológico, as características psicológicas e suas respectivas estratégias de enfrentamento estão intimamente ligadas a este processo.

Esta breve revisão da literatura, mostra que os profissionais de saúde mental não podem se distanciar da integração entre sistema biológico e comportamento. A integração dos conceitos biológicos na análise do comportamento é realidade consolidada, onde as pesquisas produzem refinamento e atualização de informações, as quais vêm contribuindo diretamente na prática clínica.

Síndrome Geral da Adaptação ao Estresse (Seyle,1976) que consiste na interpretação de uma situação como ameaçadora, portanto estressante, identificada pelo cérebro, onde todo o organismo reage desenvolvendo uma série de alterações, é um exemplo clássico.

Seyle identificou três fases importantes da referida síndrome:

A primeira fase que ocorre é chamada de Reação de Alarme, onde todas as respostas orgânicas são mobilizadas para fazer frente à situação. Caso este período seja consideravelmente prolongado há o desencadear de uma Segunda fase, chamada de Fase de Adaptação ou Resistência, que representa um acúmulo desta tensão, desencadeando um estado de resistência ou adaptação. Algum órgão ou sistema específico pode, nesta fase, por diferentes razões, suportar este fluxo, desenvolvendo lesões que podem ser brandas ou mais severas. Já a terceira fase, denominada Estado de Esgotamento ou Exaustão, é caracterizada por acentuada queda da capacidade adaptativa do organismo. Cada fase dá

início a alterações fisiológicas que através de um estímulo estressor vão, em algum nível, alterar fisiologicamente o Sistema Nervoso Autônomo e o Sistema Nervoso Central em seus complexos recursos neurológicos. Em sua fase aguda há a produção e a liberação de mediadores do Sistema Nervoso Central como Dopamina, Norepinefrina, Corticotrofina e outros, ativando respostas fisiológicas, mentais e psíquicas perante eventos de risco e medo, transformando estes indicadores biológicos na resposta legítima de estresse.

Apesar de ser associado a uma descompensação do organismo, o estresse pode indicar equilíbrio no que se refere às consequências do estresse, com uma resposta positiva do organismo a um estímulo de onde podemos verificar que as reações de estresse são naturais e necessárias para a vida.

Na mesma linha encontramos os psiquiatras Thomas Holmes e Richard Rahe (1967) estudando a contribuição ou não do estresse para a doença. Foram pesquisados mais de 5.000 pacientes médicos e através de questionários, construíram uma escala de estresse onde foi possível inferir uma maior ou menor probabilidade de o paciente ficar doente.

É importante observar que embora muitos estudos tenham sido feitos ainda resta muito a pesquisar uma vez que nem sempre é claro para o profissional de saúde qual a origem dos sintomas apresentados por seus pacientes. A singularidade das reações dos sistemas fisiológicos humanos não é suficiente para negar a interligação de diferentes fatores externos estressores com a resposta neurobiológica dos indivíduos produzindo sintomas de adoecimento. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, APA, 2014), considera os transtornos gerados a partir da ligação entre mente e corpo como Transtornos de Sintomas Somáticos, onde os indivíduos geralmente apresentam variados sintomas orgânicos, chamados de somáticos.

Quando estes sintomas provocam sofrimento ou perturbação significativos na vida cotidiana, podem manifestar-se no organismo de formas aguda ou crônica. A origem pode ser orgânica ou traumática com repercussões psíquicas (ZIMERMAN; 2008).

Segundo Zimerman, as doenças resultantes destes processos, são denominadas doenças psicossomáticas e demonstram a “íntima conexão que pode existir entre os fatores emocionais e a utilização do corpo como cenário para a dramatização simbólica de um determinado conflito”. Os pacientes psicossomáticos expressam na via corpórea conflitos e sentimentos inconscientes. Por meio de mecanismos de defesa como negação, repressão ou racionalização há o impedimento da simbolização, conscientização e, finalmente, verbalização de seu sofrimento (FILIPPON; 2008), por isso, pacientes psicossomáticos podem trazer queixas de diversas doenças. Quando prejudicam seu bem-estar, suas atividades cotidianas e laborais, onde os acontecimentos surgem e se acumulam sem tempo suficiente para elaboração pelos indivíduos, "o corpo torna-se passivo diante das transformações" (MENDES; PROCHNO; 2004).

Se considerarmos o ser humano tendo três artifícios para lidar com os acontecimentos imprevisíveis da vida que são o corpo, o aparelho mental e o controle sobre o comportamento, e também que “quando uma exigência externa ultrapassa a disponibilidade do aparelho mental, conjugado com o comportamento, é o somático que passa a responder” (COSTA; ALVAREZ; 2015).

Neste cenário, o corpo apresenta suas tensões e o paciente sofre sem entendimento do real motivo das suas doenças físicas, como dores de cabeças, problemas gastrointestinais, manchas na pele entre outros sintomas, que são potencialmente resultantes das desorganizações do aparelho psíquico, o que o deixa mais vulneráveis ao adoecimento orgânico, não conseguindo fazer associações entre seu corpo enfermo e sua dor emocional (CLEMENTE, J. P. L; PERES, R. S; 2010)

Conclusão

O corpo humano sendo um sistema orgânico e com múltiplas funções, está constituído a partir de processos genéticos, biológicos, sociais e emocionais. Portanto, esta revisão de literatura, reforça a necessidade contínua em considerarmos o indivíduo como um ser complexo, com múltiplos aspectos interdependentes e dinâmicos, estejam estes saudáveis ou com algum adoecimento.

REFERÊNCIAS

- [1] ADER, ROBERT; *Pesquisa Psicossomática e Psicoimunológica Imunossupressão condicionada por comportamento. Medicina Psicossomática, Vol. 37, n.4, p. 333-340, 1981*
- [2] CLEMENTE, J.P.L; PERES, R. S; *Funcionamento Psíquico e manejo clínico de pacientes somáticos Psic. Clínica, Rio de Janeiro, vol.22, n.2, p.57 – 69, 2010*
- [3] COSTA; ALVAREZ; *Abordagem Psicanalítica das Doenças; A clínica psicanalítica das psicopatologias contemporâneas. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p.140-162. 2015*
- [4] DSM-5: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014*
- [5] FELTEN & OLSCHOWKA; *Emoções e Sistema Imunológico; Jornal de Ciência e Pesquisa, 18, 37-48 1987*
- [6] FILIPPON; *Psicoterapias para transtornos somatoforme. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, p.600-615.2008*
- [7] HERBERT e COHEN; *Neuroimunomodulação: sobre o diálogo entre os sistemas nervoso e imune, Rev. Anual de Psicologia n.47;113-42.1993*
- [8] HOLMES & RAHE; *Avaliação de Reajustamento Social, Jornal de Psico-somática Pesquisa, 11, 213-218.1967*
- [9] KAMEN-SIEGEL, ROBIN, SELIGMAN; *Estilo explicativo e imunidade mediada por células; Psicologia Atual, 6 (3), 207-218. 1991*

[10] LANGER e RODIN; *Efeitos da escolha e maior responsabilidade pessoal para os idosos: um experimento de campo em um ambiente institucional. Jornal da Personalidade e psicologia Social*, 34 2, 191-198.1976

[11] MAIA, COSTA; *Emoções e Sistema Imunológico: Um Olhar Sobre a Psiconeuroimunologia; Psicologia: Teoria, Investigação e prática*, 2, 207-225. 2002

[12] MARKETON & GLASE; *Hormônios do estresse e função imunológica*. v. 252, p. 16-26, 2008

[13] SEYLE; *Stress: a tensão da vida e Mecanismos do Estresse*, São Paulo: IBRASA. 1976

[14] WANG, DELAHANTY, DOUGALL & BAUM; *O manual da ciência do estresse: Biologia, Psicologia e Saúde*, 17, 428-435.1998

[15] ZIMERMAN, *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed. 1999.*

[16] ZIMERMAN; *Manual de Técnica Psicanalítica; Porto Alegre: Artmed. 2008.*