



aldeia
SELO EDITORIAL ICH/UFJF

Monique Bernardes de Oliveira Ferreira
Luciana Xavier Senra
Lelio Moura Lourenço
(ORGANIZADORES)

ASPECTOS
PSICOSSOCIAIS
EM SAÚDE
**INTERSECCIONALIDADE
E APORTES A
ASSISTÊNCIA**


EDITORA
U F J F



Monique Bernardes de Oliveira Ferreira
Luciana Xavier Senra
Lelio Moura Lourenço
(ORGANIZADORES)

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM SAÚDE: INTERSECCIONALIDADE E APORTES A ASSISTÊNCIA

1ª edição
Juiz de Fora/MG
2023



©Editora UFJF, 2023

Este livro ou parte dele não pode ser reproduzido por qualquer meio sem
autorização expressa da editora.

O conteúdo desta obra, além de autorizações relacionadas à permissão de uso
de imagens ou textos de outro(s) autor(es) são de inteira responsabilidade do(s)
autor(es) e/ou organizador(es)



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE JUIZ DE FORA**

Reitor

Marcus Vinicius David

Vice-Reitoria

Girlene Alves da Silva



Diretor da Editora UFJF

Ricardo Bezerra Cavalcante

Conselho Editorial do Selo Aldeia - ICH UFJF

André Muskopf

César Agenor da Silva

Clarice Cassab

João Dulci

Lelio Moura Lourenço

Maria Leonor Botelho

Rodrigo Christofolletti

Projeto Gráfico, Editoração e Capa

Paolo Malorgio Studio

Aspectos psicossociais em saúde : interseccionalidade e aportes
a assistência / Monique Bernardes de Oliveira Ferreira,
Luciana Xavier Senra, Lélío Moura Lourenço (organizadores).
– Juiz de Fora, MG: Editora UFJF/Aldeia, 2023
Dados eletrônicos (1 arquivo: 1,74mb)

ISBN: 978-65-89512-75-2

1. Psicologia social. 2. Psicologia da saúde. 4. Intervenção
psicossocial. 5. Saúde Mental. I. Ferreira, Monique Bernardes
de Oliveira. II. Senra, Luciana Xavier. III. Lourenço, Lelio Moura.
IV. Título.

CDU: 301.151

Editora UFJF

Campus Universitário, Rua José Lourenço Kelmer, s/n -

São Pedro, Juiz de Fora - MG, CEP: 36036-900

Telefone (32) 2102-3586

editora@ufjf.br / distribuicao.editora@ufjf.br

www.ufjf.br/editora

Filiada à ABEU



Sumário

APRESENTAÇÃO	6
<i>Luciana Xavier Senra, Monique Bernardes de Oliveira Ferreira e Lelio Moura Lourenço</i>	
PARTE I	
ESTIGMA E DEMÊNCIA	9
<i>Iracema Abranches, Larissa Scoralich Alves, Lucas Neves Santos, Samuel Cotrim Figueira Osorio Campos, Fernanda Bicalho Saraiva, Isabella de Paula Alves Benedicto, Ricardo Barbosa Leite Sérgio Ferreira, João Victor Semião Lima e Lelio Moura Lourenço</i>	
ESTEREÓTIPOS SOCIAIS COMO PREDITORES DE COMPROMETIMENTO DA SAÚDE MENTAL DO HOMEM PRETO	27
<i>Aline de Oliveira Silva, Monique Bernardes de Oliveira Ferreira e Luciana Xavier Senra</i>	
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E HABILIDADES SOCIAIS: A TEORIA DA MENTE COMO ANTÍTESE DO AUTISMO	41
<i>Maria Clara Peccim Amaral, Catula Maia Pereira e Luciana Xavier Senra</i>	
DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS DE PROFESSORES: UM COMPLEXO DESAFIO	59
<i>Vanessa Senna Guingo, Luiza Senna Guingo e Luciana Xavier Senra</i>	
PARTE II	
AS LUCÍLIAS DE CADA CIDADE: QUEM TECE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL?	78
<i>Sara Ribeiro Carvalho, Tays Aparecida da Silva, Camilla Gonçalves Brito Santos e Laisa Marcocela Andreoli Sartes</i>	
AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DE ALCOOLISTAS E SEU IMPACTO NO TRATAMENTO PSICOTERAPÊUTICO	95
<i>Nathália Soares Ribeiro, Rafaela Larsen Ribeiro, Ian Peratelli de Oliveira e Laisa Marcocela Andreoli Sartes</i>	
PERCEPÇÃO SOCIAL DOS FISCALS SANITÁRIOS DE UMA MICRORREGIÃO DE MINAS GERAIS SOBRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	108
<i>Vanessa Barbosa Almada Vargas e Luciana Xavier Senra</i>	

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: UMA PESQUISA SOBRE A PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE BOMBEIROS MILITARES DO RIO DE JANEIRO	125
<i>Eliane Cristina Bezerra de Lima, Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov e Carla Ferreira de Paula Gebara</i>	
SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS FRENTE A MORTE DE PACIENTES NA PANDEMIA POR COVID-19	140
<i>Ana Júlia Soares Recker, Diana Ramos de Oliveira e Carla Ferreira de Paula Gebara</i>	
VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA JURÍDICA	162
<i>Vivian Daniele de Lima e Lelio Moura Lourenço</i>	
SOBRE A(O)S ORGANIZADORA(E)S	173
SOBRE A(O)S AUTORA(E)S	174

Apresentação

Abordar interseccionalidade enquanto dimensão dos aspectos e processos psicossociais em saúde, com vistas a ofertar contribuições aos diferentes níveis de assistência e de complexidade, não é tarefa fácil. O tema é, certamente, impossível de se esgotar, ao mesmo tempo em que requisita pauta de discussões, necessidade de pesquisas de diferentes modalidades metodológicas e de transformações das práticas das diversas atuações em saúde.

Sem a pretensão de preencher lacunas, os grupos de pesquisa Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social – NEVAS, da Universidade Federal de Juiz de Fora, e Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Cognição Social - NEICOS da Universidade Católica de Petrópolis se unem na proposição desta coletânea com objetivo de apresentar revisões de literatura, relatos de pesquisa originárias de seus projetos, bem como dos relatos científicos de parceiros dos referidos núcleos, seja do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, seja do curso de Mestrado em Psicologia da UCP. Com esse objetivo, traz alguns elementos para reflexão sobre idade; racismo; transtornos mentais e dependência química; produtividade e adoecimento pelo trabalho; autismo; violência contra crianças; e, saúde mental e competências socioemocionais na educação, temas frágeis, negligenciados ou mal abordados no contexto da assistência à saúde.

O livro Aspectos Psicossociais em Saúde: interseccionalidade e aportes a assistência constitui-se por dez capítulos distribuídos em dois eixos temáticos, sendo o primeiro contemplando a interseccionalidade do ponto de vista dos marcadores sociais de idade, raça, deficiência no contexto do transtorno do espectro autista e competência socioemocional em professores da educação básica. Os capítulos dessa temática são quatro e se intitulam, respectivamente, por Estigma e demência; Estereótipos sociais como preditores de comprometimento da saúde mental do homem preto; Transtorno do espectro autista e habilidades sociais: a teoria da mente como antítese do autismo; e Desenvolvimento de habilidades e competências socioemocionais de professores: um complexo desafio.

O segundo eixo temático contém seis capítulos e abrange aportes a assistência com considerações à atenção psicossocial, avaliação neuropsicológica de alcoolistas, política pública de vigilância sanitária, doença ocupacional, e violência contra crianças. Os capítulos correspondentes são intitulados por: As Lucílias de cada cidade: quem tece a Rede de Atenção Psicossocial?; Avaliação neuropsicológica de alcoolistas e seu impacto no tratamento psicoterapêutico; Percepção social dos fiscais sanitários de uma microrregião de Minas Gerais sobre Vigilância Sanitária; Saúde mental e trabalho: uma pesquisa sobre a prevalência da síndrome de Burnout entre bombeiros militares do Rio de Janeiro; Saúde mental dos enfermeiros frente

a morte dos pacientes na pandemia da covid-19; e, Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: contribuições da Psicologia Jurídica.

É preciso ter em conta que o leitor vai se deparar com estudos, em sua maioria, exploratórios, com sondagens referentes aos marcadores sociais e às intercorrências inerentes à assistência em saúde, e isso pretende auxiliá-lo na conceituação dos diversos problemas, a qual busca capturar a gênese ou algumas das consequências estruturais e dinâmicas da interação entre marcadores que evidenciam marginalização, ostracismo, negligência, subordinação, estigmatização, preconceito ou vitimização, que levem a adoecimento e comprometimento geral da saúde e da forma de assegurar assistência.

Tendo em conta essas considerações, espera-se que a leitura do livro seja capaz de suscitar nos leitores a curiosidade e o incômodo capazes de os levarem a buscar novos estudos e/ou se proporem a embarcar conosco nessa difícil tarefa de pesquisar temas tão necessários ao delineamento e fiscalização de políticas públicas e de formas e estratégias de atuação em saúde, para melhor considerar aspectos psicossociais e direitos humanos, assim como também pensar as múltiplas exclusões e como de fato construir estratégias para o enfrentamento desse paradigma.

Boa leitura!

Luciana Xavier Senra
Monique Bernardes de Oliveira Ferreira
Lelio Moura Lourenço

PARTE I

Estigma e Demência

*Iracema Abranches
Larissa Scoralich Alves
Lucas Neves Santos
Samuel Cotrim Figueira Osorio Campos
Fernanda Bicalho Saraiva
Isabella de Paula Alves Benedicto
Ricardo Barbosa Leite Sérgio Ferreira
João Victor Semião Lima
Lelio Moura Lourenço*

A população idosa tem crescido rapidamente durante as últimas décadas, com projeções de que o número de pessoas com 60 anos ou mais terá aumentado 34%, ou seja, cerca de 400 milhões de pessoas, até o ano de 2030 (ONU, 2020). A proporção do crescimento populacional de idosos tende a ficar cada vez mais rápida, sendo que, em 2050, a estimativa é de termos cerca de 2,1 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no planeta. Esse crescimento rápido e substancial da população idosa no mundo acontece majoritariamente em regiões em desenvolvimento no planeta, sendo que, até 2050, cerca de 80% da população idosa será proveniente de regiões como o leste e sudeste de Ásia, América Latina, Ásia Central e do Sul e África subsaariana (ONU, 2019).

O envelhecimento traz consigo uma série de mudanças físicas, fisiológicas, cognitivas e sociais (LIU et al., 2017; LÓPEZ-OTÍN et al., 2013; ZHU et al., 2016) que devem ter a devida atenção e cuidado para que haja um envelhecimento saudável. O ritmo acelerado de crescimento populacional gera preocupações relevantes em relação a se e como os países cuidarão de seus idosos, o que se agrava ainda mais sabendo que grande parte destes se encontram em países subdesenvolvidos, e que, conseqüentemente, não possuem boas políticas públicas para o cuidado dessa população (MARTINS et al., 2007). Além disso, existe uma série de complicações que podem acontecer no organismo do idoso durante o envelhecimento (BELIKOV, 2019), levando a uma necessidade de cuidado mais próximo e intensivo, como, por exemplo, o desenvolvimento de um transtorno demencial. A prevalência de síndromes demenciais aumenta com o avanço da idade, e, a partir dos sessenta anos de idade, os sintomas podem dobrar a cada cinco anos, chegando a uma estabilidade aos noventa e cinco anos aproximadamente (ALZHEIMER ASSOCIATION, 2021; MONTAÑO, 2009). Dessa forma, é evidente a necessidade de estudos relacionados ao processo de envelhecimento, em conjunto com os diversos fatores biopsicossociais associados ao fenômeno da demência.

O processo do envelhecimento humano envolve também as reações sociais e governamentais, como o preconceito, a estigmatização, o planejamento das políticas públicas, a distribuição de recursos etc.; e todas essas reações afetam a qualidade de vida das pessoas mais velhas, principalmente, as que sofrem de transtornos mentais, pois, geralmente, se tornam alvos de uma dupla discriminação. O preconceito e o estigma em relação às síndromes demenciais estão associados, portanto, ao sofrimento, às perdas econômicas e à incapacidade (GRAHAM et al., 2007). Assim, os estudos sobre o preconceito, o estigma e a discriminação relacionados às pessoas que apresentam algum tipo de demência são importantes ações para mudanças sociais, a fim de melhorar as condições de vida destes indivíduos e ampliar o conhecimento, a prevenção e o tratamento das doenças mentais.

Em primeiro lugar, a demência pode ser definida como uma síndrome de declínio cognitivo comportamental que afeta negativamente ao menos dois domínios da cognição, que são a memória, habilidades visuoespaciais, funções executivas, linguagem e personalidade. O comprometimento da demência deve ser suficientemente grave para prejudicar a autonomia do paciente em atividades do dia a dia (ALZHEIMER ASSOCIATION, 2021; CRUZ DE SOUZA & LUCIO TEIXEIRA, 2014). O DSM-5 (APA, 2014) utiliza critérios similares para definir a síndrome demencial, porém utiliza o nome Transtorno Neurocognitivo Maior, e adiciona que seu diagnóstico deve ser feito com o auxílio de testes neuropsicológicos para documentar o prejuízo cognitivo, em conjunto com a avaliação clínica, e a necessidade de declínio substancial em apenas um domínio cognitivo. A demência traz uma série de prejuízos na vida do indivíduo, o que pode levar a uma visão preconceituosa aos olhos de pessoas que não possuem conhecimento sobre a doença, e, conseqüentemente, expõe estigmas associados à demência e seus portadores.

Por sua vez, o estigma é um fenômeno social complexo que nasce da percepção de uma característica ostentada por uma ou mais pessoas que se desvia das de um grupo maior (RÜSCH et al., 2005). Essa percepção de diferença, devido à falta de conhecimento, leva a uma atitude negativa quanto aos alvos do estigma, o que se traduz em estereótipos, preconceitos, discriminação e comportamentos excludentes (RÜSCH et al., 2005; THORNICROFT, 2006). Tal processo acarreta em uma marginalização e perda de status social desses sujeitos a partir de uma lógica de “nós e eles” (LINK & PHELAN, 2001). Ademais, o termo “estigma” também é utilizado para se referir ao atributo divergente que o indivíduo possui e que o reduz de uma pessoa normal para uma pessoa marcada e contaminada, afetando a identidade pessoal e acarretando em uma identidade estragada (spoiled identity) (GOFFMAN, 1963). Ainda, esse atributo não é estigmatizante em si, mas a percepção que o outro tem dele assim o torna, o que caracteriza o processo de estigma como algo externo ao sujeito e fruto de uma interação social (GOFFMAN, 1963). Mais recentemente, autores classificam o estigma em diferentes subtipos, sendo os mais

recorrentes o “estigma estrutural” (structural stigma), relacionado às injustiças presentes nas estruturas sociais; o “estigma público” (public stigma), ligado às ações da população a um grupo estigmatizado; o “autoestigma” (self-stigma), que descreve a internalização do estigma público pelo estigmatizado; o “estigma de cortesia” (courtesy stigma), aquele que no qual o estigma é voltado para um indivíduo associado a outro estigmatizado; e o “estigma afiliado” (affiliate stigma), manifestado quando o estigma de cortesia é internalizado pelo associado ao grupo originalmente detentor do estigma, podendo ser nomeado como “estigma familiar” (family stigma) nos casos em que esse alvo é um membro da família deste detentor original (CORRIGAN et al., 2006; MAK & CHEUNG, 2008).

Com a finalidade de destacar a importância do estudo da relação entre os temas, uma revisão de literatura integrativa foi realizada pelos mesmos autores deste presente texto para compilar informações sobre a definição e a relação entre Estigma e Demência presentes na literatura, a fim de facilitar e dar suporte aos futuros estudos na área. Neste texto, alguns temas centrais desta revisão serão utilizados para discutir aspectos fundamentais do estigma em relação à demência. Os resultados das buscas iniciais da revisão contaram com 1827 artigos. Com a leitura dos títulos, permaneceram 76 publicações, contando também com a retirada dos duplicados. Na leitura dos resumos, foram selecionados 42 artigos, e, por fim, foi feita uma nova exclusão de publicações duplicadas e de artigos que, apesar de conterem os descritores no título, não tinham como alvo de estudo a relação estigma e demência, restando então, 35 estudos para esta revisão de literatura, sendo que a maioria eram de natureza empírica (86,1%; n = 31) com abordagens qualitativas (41,6%; n = 15), quantitativas (19,4%; n = 7) e qualitativa-quantitativa (25%; n = 9) e também haviam 5 estudos de natureza teórica, representando 13,88% (n = 5) dos artigos coletados.

Todos os 35 artigos afirmaram, em algum momento, a existência de estigma em relação à demência. A forma como a demência é percebida foi associada a fatores como o “status social, deficiências ocupacionais e sociais, níveis de funcionamento executivo e responsabilidades sociais” (WOO & MEHTA, 2017, p. 2). Aos indivíduos que possuem demência, foram atribuídas diversas características, como incapazes, incompetentes, velhos, custosos para a família e o sistema de saúde e dependentes (GOVE et al., 2016; YOUNG et al., 2019). Além disso, Young et al. (2019) discutem que ter demência se transforma em um dos pontos centrais de sua vida, substituindo cada uma de suas características, ou seja, o portador de demência sofre uma despersonalização, sendo identificado apenas pela doença. Os principais temas abordados pelos artigos foram: 1. Relações entre a percepção e a cultura sobre o estigma em relação à pessoa com demência; 2. As percepções e o estigma dos cuidadores em relação à demência, incluindo cuidadores informais e profissionais da área da saúde; 3. A associação entre o estigma e riscos atrelados à saúde mental de

cuidadores, destacando-se condições como o burnout, a depressão e a ansiedade; 4. O estigma afiliado dos cuidadores, ou seja, quando o estigma direcionado ao cuidador da pessoa com demência passa a ser internalizado (CHANG et al., 2016); 5. O impacto de uma carreira focada no cuidado da demência por profissionais da saúde; 6. Posturas positivas em relação à demência e possíveis intervenções para amenizar ou confrontar o estigma. Estes pontos serão brevemente discutidos com o objetivo de sinalizar as principais formas de manifestação do estigma em relação ao quadro demencial em nossa sociedade.

A maioria dos estudos empíricos (69,4%) abordou os pontos de vistas somente de outras pessoas, em contato ou não com pessoas com demência, para investigar o estigma acerca da demência, sendo elas majoritariamente: público adulto no geral, cuidadores familiares, cuidadores profissionais e/ou demais profissionais da saúde e idosos sem demência. Como consequência do estigma, a exclusão desta parcela populacional também foi abordada, sendo recorrente aos indivíduos com demência a exclusão social, a exclusão de tomada de decisões médicas e a exclusão das demais e diversas prestações de serviços.

Quanto aos aspectos culturais relacionados ao estigma voltado para portadores de demência e o conhecimento sobre a doença, é possível afirmar que interferem significativamente na forma como a relação entre estigma e demência se desenvolve nas várias partes do mundo, como diz Young et al. (2019) quando afirma que as percepções sobre o fenômeno do envelhecimento e o desenvolvimento de um quadro demencial são fortemente influenciadas pela cultura. Em países com menor acesso à informação, a demência pode ser vista como uma forma de punição ou retribuição por más ações do passado, tendo um forte cunho religioso e espiritual relacionado à doença (HERRMANN et al., 2018). Já na União Europeia, composta majoritariamente por países desenvolvidos, o estigma relacionado a demência se mostra proeminente nos serviços oferecidos, onde há a crença de que há pouco a se fazer visto que se trata de uma doença degenerativa, levando a uma relutância ao se fazer um diagnóstico precoce e pessimismo no prognóstico, possivelmente se traduzindo a um tratamento desesperançoso e até mesmo nihilista nos estágios iniciais da doença (ILIFFE et al., 2005).

No ocidente, onde o modelo biomédico ainda prevalece como principal forma de atendimento em saúde, a saúde biológica e cognitiva é fortemente valorizada para que o indivíduo seja considerado um membro útil e valioso para a sociedade. Dessa forma, quando ocorre o declínio destas funções, o paciente portador de demência sofre o estigma de ser inútil, um fardo e indigno, levando a uma percepção gravemente negativa de si mesmo (LYMAN, 1989). Além do estigma causar uma diminuição da qualidade de vida e tratamento do paciente, este ainda traz uma relutância e maior dificuldade no reconhecimento da doença

e fechamento de um diagnóstico, conseqüentemente atrasando o tratamento e não impedindo o avanço rápido da doença (VERNOOIJ-DASSEN et al., 2005).

É possível observar, então, que a percepção da demência é substancialmente diferente em certos países e culturas. O grau de informação científica sobre a doença influencia fortemente a visão que a população tem sobre a razão de um membro da família ou um conhecido estar com demência. Em países subdesenvolvidos e emergentes, é mais comum encontrar comunidades em que a demência é vista sob um forte aspecto religioso, com cunho de punição divina. Em países ocidentais desenvolvidos, que atuam por meio do modelo biomédico de saúde, a demência pode ser vista como uma doença terminal, trazendo um tom de desesperança no tratamento, tanto para os cuidadores, quanto para o paciente. Em ambos os casos, a estigmatização da demência traz graves e degradantes percepções aos indivíduos envolvidos no cuidado, podendo levar a uma pior qualidade de vida do paciente.

Quanto ao estigma em relação aos profissionais médicos que se dedicam ao tratamento da demência, os artigos selecionados na revisão de literatura destacam uma crença sobre a condição inepta deste tratamento, pois os profissionais relataram sofrer muito estigma durante toda a carreira; há um consenso de que não há sentido em cuidar do paciente portador de demência, uma vez que a evolução da doença é conhecida e o paciente não tem muito mais tempo de vida tendo atingido a velhice. Gove et al. (2017) investigaram se o médico clínico geral reconhece o paciente com demência como alguém que não oferece reciprocidade social, ou seja, não se comunicam, não interagem com outras pessoas, não mantém vínculos sociais, e se esse fato reforça o estigma em relação a eles. Concluíram que os médicos reconhecem a falta de reciprocidade social do paciente com demência e acreditam que isto estimula o estigma em relação a eles. No caso desses estudos, ficou evidente o estigma em relação ao indivíduo mais velho, como se não houvesse mais sentido em tratá-lo. Walmsley e McCormack (2016), por sua vez, pesquisaram o estigma dos médicos que se dedicam ao atendimento a idosos e demência. Os profissionais relataram sofrer muito estigma durante toda a carreira, sendo estigmatizados por escolherem tratar do idoso e também por tratarem da demência. Há um consenso de que não há sentido em cuidar do paciente com demência, uma vez que a evolução da doença é conhecida e o paciente não tem muito mais tempo de vida tendo atingido a velhice.

Quanto ao estigma dos cuidadores em relação à demência, é importante destacar que a influência cultural e social também é significativa na forma como o estigma é manifestado. Liu et al. (2008) demonstraram como a cultura asiática normalmente associa a demência em geral e o Alzheimer à insanidade, e coloca o indivíduo portador de demência como o responsável por sua condição, alguém desequilibrado e indisciplinado. No entanto, os próprios autores identificam uma forma diferente de perceber a demência nos asiáticos que moram no ocidente; estes

identificam a demência como parte do processo natural do envelhecimento. No estudo de Oliveira et al. (2021), também é possível identificar os aspectos culturais na manifestação do estigma por parte dos cuidadores, sendo que a população da pesquisa foi brasileira. Neste caso, os cuidadores viam as pessoas com demência como incapacitadas, pessoas que demandavam cuidado e proteção, o que justificava as atitudes dos cuidadores ao gerenciarem a vida de quem cuidavam.

O aspecto social do estigma é a base do conceito de Goffman (1982) quando defende que o conceito de estigma é construído por um processo histórico e social, sujeito a modificações e alterações de acordo com a sociedade em questão. Morando et al. (2018), discutindo os conceitos de Goffman, dizem que a discrepância entre a identidade virtual e a real da pessoa que é alvo do estigma resulta no distanciamento desta pessoa no âmbito social, o que amplia as possibilidades do estigma se concretizar. Portanto, o aspecto cultural e social é inerente ao estigma, o que pode ser mais uma justificativa para o planejamento de políticas públicas que atendam a essa demanda.

Mantzorou et al. (2020) analisaram se havia correlação entre a Síndrome de Burnout e estigma em cuidadores de pacientes com demência residentes de lares de idosos. Concluíram que a correlação entre o Burnout e o estigma é direta, ou seja, quanto mais exaustão emocional do cuidador, maior o estigma que ele apresenta em relação à demência. Kane et al. (2020) investigaram também, entre outros aspectos, se a ansiedade, a depressão ou a Síndrome de Burnout estariam associadas a atitudes estigmatizantes mais negativas e se o estigma em relação à demência era maior em um grupo de jovens saudáveis. Como resultado, perceberam que a ansiedade, a depressão ou o Burnout podem estimular o aumento das atitudes estigmatizantes, assim como perceberam que o grupo de jovens saudáveis apresentou maior estigma do que o outro grupo analisado em comparação, o de cuidadores de portadores de demência. A ponderação dos autores sobre estes resultados específicos também converge com a noção de que o contexto sociocultural tem significativa influência nas manifestações do estigma, pois envolveram o grau de conhecimento sobre a demência, o convívio com a pessoa com demência e o tanto que essa situação era familiar aos participantes do estudo.

Lopez et al. (2020) trabalharam com cuidadores familiares de pacientes com Alzheimer, na busca pelo principal motivo do estigma vivenciado por eles. O sentimento de vergonha aflorou nas entrevistas com os cuidadores, o que implica na preocupação com a forma como são vistos os portadores de demência e seus cuidadores e familiares. Araújo (1998) descreve que a vergonha é um sentimento que se origina a partir de outros dois, a inferioridade e a exposição, produtos de códigos já internalizados de valores sociais e da visão de si mesmo. Portanto, a vergonha pode ser vista como uma consequência da situação da pessoa com demência, com comportamentos e reações diferentes das pessoas saudáveis;

e a exposição é evitada sempre que possível para proteger aquele que sente envergonhado, o cuidador.

Ainda em relação aos cuidadores de pessoas com demência, a presença de “estigma afiliado” foi observada de uma forma geral nos estudos que se propuseram a investigar tal manifestação nessa população. Segundo Goffman (1963), o “estigma de cortesia” diz respeito à visão negativa que a sociedade tem de um grupo associado a outro já estigmatizado – ex.: a percepção negativa de cuidadores associados às pessoas com demência, os estigmatizados originais –. Já o “estigma afiliado” nasce a partir da internalização do estigma de cortesia pela própria vítima – ex.: cuidadores internalizando a percepção negativa de si – (MAK & CHEUNG, 2008). As consequências de se possuir o estigma afiliado, quando se tem em foco a população de cuidadores de pessoas com demência, podem comprometer as condições de saúde do paciente ao aumentar seus níveis de estresse e seu fardo de cuidador, gerando condições propícias para o surgimento de transtornos psicológicos como depressão e burnout, o que por fim culmina em uma qualidade de vida baixa (GÉRAIN & ZECH, 2019; SHI et al., 2019; SU & CHANG, 2020). Tais manifestações psicopatológicas e baixa na qualidade de vida ainda foram pouco explicadas na literatura, e nenhum estudo, até onde temos conhecimento, propôs uma teoria para tal. Contudo, há a possibilidade de criar uma hipótese de que o elo pode estar na experiência de solidão advinda da exclusão social dos estigmatizados, como exposto a seguir.

Dentre os artigos analisados por nossa revisão, a investigação quantitativa de Saffari et al. (2019) encontrou correlações significativas entre a falta de suporte social e a presença de estigma afiliado, ao passo que Werner e AboJabel (2020) pensaram na hipótese de que essa falta de suporte advém do mecanismo pelo qual o estigma de cortesia se torna o estigma afiliado: um fator mediado pelo sentimento de vergonha dos cuidadores ao interagir com terceiros vistos por eles como detentores de crenças estigmatizantes. Dentro dessa temática, foi descrito por Peplau e Perlman (1982) que a solidão é a resposta advinda da discrepância entre a quantidade e qualidade desejadas de interações sociais e as relações sociais de fato vivenciadas, sendo uma experiência subjetiva do isolamento social. O decréscimo de suporte social corrobora, dentre outros fatores, com tal discrepância ao limitar as opções de coping do indivíduo para com situações estressoras e eventos de vida adversos (PEARSON, 1986). Já os níveis elevados de solidão predizem a presença de psicopatologias como a depressão e ansiedade, como descrito por von Soest et al. (2020). É possível, a partir disso, pensar que o mecanismo de solidão atua como uma ponte entre a aquisição do estigma afiliado e a manifestação de psicopatologias como depressão e ansiedade.

Dado a importância dos cuidadores para a sobrevivência dos indivíduos com demência, bem como as projeções do aumento da prevalência de tal patologia na

população dentro dos próximos anos (MIOTTO et al., 2017), torna-se uma questão de políticas públicas a promoção de estudos e intervenções sob o tópico. Contudo, como exposto por esta revisão e pela literatura (SHI et al., 2019), o estigma afiliado ainda é pouco estudado. A situação piora quando se observa especificamente os países em desenvolvimento, que: (1) apresentam medidas públicas insuficientes relacionadas a indivíduos com demência e seus cuidadores (MARTINS et al., 2007); e (2) não possuem muitos estudos voltados para tal temática e/ou instrumentos validados para mensurar a presença das manifestações do estigma relacionado à demência, como é o caso do Brasil e outros países lusófonos.

Ademais, cabe destacar que uma boa forma de lidar com as consequências do estigma afiliado de cuidadores pode ser a integração da temática em programas de psicoeducação e/ou formação de grupos de apoio compostos por cuidadores de pessoas com demência, como proposto por Mak e Cheung (2008), uma vez grupos de autoajuda e apoio podem ser benéficos para o bem-estar geral ao promover o suporte social que é pouco dado aos estigmatizados, reduzir seu isolamento social e aumentar sua saúde mental. Do mesmo modo, a psicoeducação pode reduzir o estigma, tanto público como afiliado, ao prover as ferramentas e conhecimento necessário para seu combate.

Em relação ao aspecto da saúde mental dos cuidadores, ressalta-se primeiro que a “saúde mental” é um conceito amplo e multifatorial, não se restringindo apenas à ausência de doença mental. Ela também se associa a questões tanto biológicas quanto sociais, e, por isso, o impacto do estresse e da sobrecarga vivenciados pelo cuidador sobre sua saúde mental devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva mais abrangente (SILVA et al., 2021). O termo “sobrecarga” diante do trabalho de cuidador, pode ser entendido em suas duas dimensões, ou seja, as dimensões objetiva e subjetiva (FIGUEIREDO & SOUSA, 2008). A objetiva está relacionada às exigências que o cuidado estabelece, associadas à gravidade, ao tipo de demência, ao comportamento do indivíduo cuidado e aos impactos nas demais esferas da vida, como social, familiar, econômica e profissional. Já a sobrecarga subjetiva, associa-se às atitudes e respostas emocionais que o cuidador apresenta frente ao que o ato de cuidar exige.

No entanto, existem outros mediadores que podem alterar as relações entre determinados estressores e o cuidado. Sörensen e Conwell (2011), apontam alguns deles como gênero, informação, recursos socioeconômicos e comunitários, recursos pessoais, vulnerabilidades, redes sociais, padrões de funcionamento familiar e questões geográficas e sistêmicas de prestação de serviços. A maior parte das pessoas com demência é cuidada por familiares, e tais cuidadores diariamente exercem tarefas difíceis que podem afetá-los física e mentalmente. Assim, é possível que desenvolvam problemas psicológicos, físicos, emocionais e sociais (SAFFARI et al., 2018). Em comparação a não cuidadores, esses indivíduos

podem apresentar níveis mais altos de angústia, ansiedade, distúrbios do sono e depressão (SAFFARI et al., 2018), além de fazerem maior uso de medicamentos sem prescrição médica (LEITE et al., 2017).

Embora com menos frequência, a demência também foi analisada a partir de posturas positivas em relação a mesma, pois, como defende Cipriani e Borin (2014) a experiência da demência não é universal e sim profundamente moldada pela cultura. Os estudos que trouxeram esta reflexão apontaram a importância da religião e da educação como reguladores ou instrumentos de conscientização quanto ao estigma em relação à demência (HOSSAIN & KHAN, 2019; HOSSAIN & MUGHAL, 2021; YANG et al., 2021). O estudo de Hossain e Khan (2019), ao entrevistar cuidadores familiares bangladeshianos de indivíduos com demência vivendo em Londres, forneceu evidências de que tais cuidadores, assim como a comunidade em geral de Bangladesh, não apresentam estigmas ou algum tipo de ressentimento pela demência, tendo como possível explicação a singularidade da identidade cultural e religiosa de Bangladesh, na qual o islamismo apresenta forte influência. Embora as práticas advindas do islamismo não sejam homogêneas, a pesquisa de Hossain & Mughal (2021) também ligou o fator religioso aos cuidadores familiares bangladeshianos que vivem em Londres, indicando que o Islã Revivalista dá aos muçulmanos de Bangladesh o poder de contestar o estigma da demência pela crença de que a demência é causada por Deus, fazendo os cuidadores familiares buscarem permanecer bons muçulmanos ao cuidar de seu familiar mais velho. Já a pesquisa de Yang et al. (2021) buscou analisar o impacto da educação no conhecimento, nas atitudes e no estigma relacionado a demência nos idosos de Xangai (China), descobrindo que a população do estudo - composta por indivíduos idosos - tinham atitudes positivas em relação a demência de maneira geral, sendo que 67,2 % discordavam ou discordavam fortemente de que é vergonhoso ter demência.

Além dos estudos expostos, Cohen et al. (2009) detectou em cidadãos árabes israelenses sentimentos mais positivos do que negativos em relação a pessoas com Alzheimer, tendo também a religiosidade como responsável pelos sentimentos pró sociais de compaixão e desejo de ajudar. Ademais, outros estudos na China obtiveram como resultado a grande concordância de que o sujeito com Alzheimer não deveria ser discriminado (YANG et al., 2015; ZENG et al., 2015), tendo como hipótese de explicação o Confucionismo Chinês que promove valor e honra aos idosos (TSAI, 2001). Fora da Ásia, Cheston et al. (2016), no Reino Unido, obtiveram evidências de que os mais jovens têm atitudes mais positivas em relação à demência do que as pessoas mais velhas, o que, por sua vez, mostra que a percepção da velhice e da demência pode ser diferentes nas gerações seguintes dentro da própria cultura (SATCHER, 2001). Já a pesquisa conduzida por Dilworth-Anderson e Gibson (2002) em grupos étnicos norte-americanos

não detectou o estigma relacionado a demência por parte dos cuidadores da comunidade afro-americana.

Sendo assim, nota-se por meio da literatura que as atitudes positivas em relação a demência estão muito ligadas à religiosidade - especialmente ao Islamismo. Além disso, a cultura da China e de Bangladesh, embora não homogêneas, parecem ter algumas similaridades em relação a postura à demência e, por isso, foram alvo de diversos autores, destacando que a discriminação ao portador de demência é errada e a ausência do estigma presente nas amostras estudadas foram as principais posturas positivas em relação a indivíduos com demência. Necessita-se, portanto, da compreensão de que a cultura interfere em suas atitudes e expectativas aos seus membros idosos, tendo a demência como grande influenciadora em tais peculiaridades (HOSSAIN & KHAN, 2019).

Alguns estudos encontrados nesta revisão apresentaram formas de intervir no estigma relacionado à demência, de maneira a buscar amenizar a estigmatização, apesar da literatura relativa a possíveis intervenções no estigma da demência ainda ser escassa. Contudo, ao analisar materiais que buscavam intervir diretamente em demais tipos de estigma, as intervenções mais comuns foram relativas à educação e à conscientização (FERREIRA & CARVALHO, 2020; MONTEIRO et al., 2012; ZUCCHI et al., 2013). Contudo, o estudo de Fletcher (2021) apresenta uma visão diferente dos demais, ao defender o ponto de vista de que algumas intervenções para reduzir o estigma podem acabar colaborando para o aumento do estigma daquele que o sente (estigma sentido). De acordo com o estudo, a generalização de que o estigma prevalece em relação a demência se baseia em concepções precipitadas e que, embora as campanhas de conscientização se apresentem como resposta direta para estigma promulgado, existe o risco de corroborar para o estigma sentido por aqueles que sofrem de demência por meio de ações benevolentes.

Os estudos apresentaram intervenções diversificadas entre si, variando desde a elaboração de materiais escritos informativos, filmes de curta-metragem, conversa em grupo e contato virtual com pessoas com demência. O objetivo em comum dos autores que apresentaram uma intervenção (CHENG et al., 2011; HAGAN et al., 2020; HERRMANN et al., 2019; KIM et al., 2019; ZHENG et al., 2016) foi trabalhar no incentivo à conscientização das pessoas, buscando reduzir o estigma relacionado à demência. A intervenção realizada pelo estudo de Herrmann et al., 2019 foi a elaboração de um material de conscientização e educação sobre o estigma da demência, direcionado a funcionários não médicos de uma filial da Associação de Alzheimer. O material incluiu uma explicação sobre o estigma; efeitos do estigma em indivíduos com demência e suas respectivas famílias; estudos de avaliação do estigma, além de dicas para abordar o estigma relacionado à demência. Como resultado do estudo, a maioria dos funcionários sentiu que o treinamento melhorou

sua capacidade de identificar o estigma da doença de Alzheimer e mudou a maneira como eles interagem com as famílias e com as pessoas afetadas pela demência.

As limitações deste estudo estão relacionadas à própria natureza da pesquisa, pois, por se tratar de uma revisão de literatura, os achados são resultados de uma busca que tem, em si, os critérios de exclusão. As publicações estão concentradas na percepção do estigma por parte dos cuidadores e não do paciente com demência; apesar do caráter neurodegenerativo e alienante da doença, é interessante que as pesquisas envolvam os portadores de demência para avaliar a percepção de quem efetivamente desenvolve a patologia.

Os estudos da psicologia sobre o estigma, a discriminação e o preconceito são atualizados sistematicamente na produção científica, uma vez que estes fenômenos estão presentes em qualquer tempo. Os sentimentos e percepções que fundamentam o estigma respondem a uma reação do homem a tudo que é diferente do que é conhecido e familiar a ele, como diz Lima (2013) ao analisar a evolução do conceito de preconceito. O estigma é um fenômeno com repercussão em todos os setores da sociedade, com consequências sociais, econômicas e culturais, além de ser influenciado por essas instâncias. Mas, invariavelmente, é prejudicial. Em todos os relatos sobre o estigma, há perdas, sofrimento individual e coletivo, ruptura de laços afetivos e de respeito social. Assim, é preciso expor o assunto, questionar seus agentes e propor estratégias e ações para, pelo menos, diminuir a estigmatização na sociedade como um todo e especificadamente no âmbito da saúde.

As políticas públicas precisam ter como fundamento a igualdade entre as pessoas, a manutenção do direito universal e a justa distribuição de recursos. Para isso, o estigma relacionado às doenças, aos seus portadores, aos profissionais que se dedicam ao cuidado desses pacientes precisa ser objeto de campanhas de conscientização, educação constante e promoção de uma sociedade que saiba conviver com as diferenças. Portanto, é necessário que haja vontade política e social para a mudança desta realidade, de estigma, preconceito e discriminação relacionados à demência.

REFERÊNCIAS

ALZHEIMER ASSOCIATION. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 17(3), p. 327-406, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/alz.12328>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora, 2014.

ARAÚJO, U. F. *O sentimento de vergonha como um regulador moral*. Universidade de São Paulo/Instituto de Psicologia, 1998.

BELIKOV, A. Age-related diseases as vicious cycles. *Ageing Research Reviews*, 49(1), p. 11-26, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.11.002>.

CHANG, C. C.; Su, J. A.; Lin, C. Y. Using the Affiliate Stigma Scale with caregivers of people with dementia: psychometric evaluation. *Alzheimer's research & therapy*, 8(1), p. 1-8, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13195-016-0213-y>.

CHENG, S.; LAM, L. C.; CHAN, L. C. K.; LAW, A. C. B.; FUNG, A. W. T.; CHAN, W.; TAM, C. W. C.; CHAN, W. The effects of exposure to scenarios about dementia on stigma and attitudes toward dementia care in a Chinese community. *International Psychogeriatrics*, 23(9), p. 1433-1441, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610211000834>.

CHESTON, R.; HANCOCK, J.; WHITE, P. A cross-sectional investigation of public attitudes toward dementia in Bristol and South Gloucestershire using the approaches to dementia questionnaire. *International psychogeriatrics*, 28(10), p. 1717-24, 2016. <https://doi.org/10.1017/s1041610216000843>.

CIPRIANI, G.; BORIN, G. Understanding dementia in the sociocultural context: A review. *International Journal Of Social Psychiatry*, 61(2), p. 198-204, 2014 DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764014560357>.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C.; BARR, L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol*. 25, p. 875-84, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>.

COHEN, M.; WERNER, P.; AZAIZA, F. Emotional reactions of Arab lay persons to a person with Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health*, 13(1), 2009, p. 31-37. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607860802154440>.

CRUZ DE SOUZA, L.; LUCIO TEIXEIRA, A. Neuropsicologia das demências. In: D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. Helena Pires de Camargo & R. M. Cosenza, *Neuropsicologia: teoria e prática*. 2nd ed., p. 321-322, Artmed, 2014.

DILWORTH-ANDERSON, P.; GIBSON, B. E. The cultural influence of values, norms, meanings, and perceptions in understanding dementia in ethnic minorities. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 16, S56-S63, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1097/00002093-200200002-00005>.

FERREIRA, M. D. S.; CARVALHO, M. C. D. A. Educação para o enfrentamento do estigma: Uma intervenção educacional com alunos de enfermagem. *Rev. port. enferm. saúde mental*, 23, p. 15-22, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0268>.

FIGUEIREDO, D.; SOUSA, L. Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1), p. 15-24, 2008.

FLETCHER, J. R. Destigmatising dementia: The dangers of felt stigma and benevolent othering. *Dementia*, 20(2), p. 417-426, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301219884821>.

GÉRAIN, P.; ZECH, E. Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10, Artigo 1748, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>.

GOFFMAN, E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, 1963.

_____. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Zahar Editores, 1982.

GOVE, D.; DOWNS, M.; VERNOOIJ-DASSEN, M. J. F. J.; SMALL, N. Stigma and GPs' perceptions of dementia. *Aging & mental health*, 20(4), p. 391-400, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1015962>.

GOVE, D.; SMALL, N.; DOWNS, M.; VERNOOIJ-DASSEN, M. General practitioners' perceptions of the stigma of dementia and the role of reciprocity. *Dementia*, 16(7), p. 948-964, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301215625657>.

GRAHAM, N.; LINDESAY, J.; KATONA, C.; BERTOLOTE, J. M.; CAMUS, V.; COPELAND, J. R.; LIMA, C. A. M.; GAILLARDS, M.; NARGEOT, M. C. G.; GRAY, J.; JACOBSSON, L.; KINGMA, M.; KÜHNE, N.; O'LOUGHLIN, A.; RUTZ, W.; SARACENO, B.; TAINTOR, Z.; WANCATA, J. Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34, p. 39-49, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000100006>.

HAGAN, R. J.; CAMPBELL, S. Doing their damndest to seek change: How group identity helps people with dementia confront public stigma and maintain purpose. *Dementia*, 20(7), p. 2362-2379, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301221997307>.

HERRMANN, L.; WELTER, E.; LEVERENZ, J.; LERNER, A.; UDELSON, N.; KANETSKY, C.; SAJATOVIC, M. A Systematic Review of Dementia-related Stigma Research: Can We Move the Stigma Dial? *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 26(3), p. 316-331, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.09.006>.

HERRMANN, L. K.; UDELSON, N.; KANETSKY, C.; LIU, H.; CASSIDY, K.; WELTER, E.; SAJATOVIC, M. A new curriculum to address dementia-related stigma: Preliminary experience with Alzheimer's Association staff. *Dementia*, 18(7-8), p. 2609-2619, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301217752706>.

HOSSAIN, M. Z.; KHAN, H. T. A. Dementia in the Bangladeshi diaspora in England: A qualitative study of the myths and stigmas about dementia. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(5), p. 769-778, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.13117>.

_____ ; MUGHAL, F. (2021). Dementia and revivalist Islam: New perspectives to understanding dementia and tackling stigma. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(2), p. 213-217, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.13412>

KANE, A.; MURPHY, C.; KELLY, M. Assessing implicit and explicit dementia stigma in young adults and care-workers. *Dementia*, 19(5), p. 1692-1711, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301218804727>.

LEITE, B. S.; CAMACHO, A. C. L. F.; JOAQUIM, F. L.; GURGEL, J. L.; LIMA, T. R.; QUEIROZ, R. S. D. A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, p. 682-688, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>.

LIMA, M. E. O. Preconceito. In Camino, L., Torres, A. R. R., Lima, M. E. O., & Pereira, M. E. *Psicologia Social: temas e teorias*. Technopolitik, 2013.

KIM, S.; WERNER, P.; RICHARDSON, A.; ANSTEY, K. J. Dementia Stigma Reduction (DESeRvE): Study protocol for a randomized controlled trial of an online intervention program to reduce dementia-related public stigma. *Contemporary clinical trials communications*, 14, Artigo 100351, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100351>.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. *Annu. Rev. Sociol.* 27, p. 363-385, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>.

LIU, D.; HINTON, L.; TRAN, C.; HINTON, D.; BARKER, J. C. Reexamining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers. *Journal of cross-cultural gerontology*, 23(3), p. 283-299, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10823-008-9075-5>.

LIU, H.; YANG, Y.; XIA, Y.; ZHU, W.; LEAK, R.; WEI, Z. et al. Aging of cerebral white matter. *Ageing Research Reviews*, 34(1), 64-76, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.11.006>.

LLIFFE, S.; DE LEPELEIRE, J.; VAN HOUT, H.; KENNY, G.; LEWIS, A.; VERNOOIJ-DASSEN, M. The Diadem Group. Understanding obstacles to the recognition of and response to dementia in different European countries: A modified focus group approach using multinational, multi-disciplinary expert groups. *Aging & Mental Health*, 9(1), p. 1-6, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607860412331323791>.

LÓPEZ-OTÍN, C.; BLASCO, M.; PARTRIDGE, L.; SERRANO, M.; KROEMER, G. The Hallmarks of Aging. *Cell*, 153(6), p. 1194-1217, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2013.05.039>.

LOPEZ, R. P.; ROSE, K. M.; KENNEY, L.; SANBORN, V.; DAVIS, J. D. Managing shame: A grounded theory of how stigma manifests in families living with dementia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(2), p. 181-188, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/1078390319832965>.

LYMAN, K. Bringing the Social Back in: A Critique of the Biomedicalization of Dementia. *The Gerontologist*, 29(5), p. 597-605, 1989. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/29.5.597>.

MAK, W. W. S.; CHEUNG, R. Y. M. Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. *J Appl Res Intellect Disabil*. 21(6), p. 532-45, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00426.x>.

MARTINS, J.; SCHIER, J.; ERDMANN, A.; ALBUQUERQUE, G. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 10(3), p. 371-382, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10039>.

MANTZOROU, M.; ECONOMOU, M.; KALOKERINO, A.; SOUTRZI, P.; ZYGA, S.; POLITIS, A.; KOUKIA, E. Exploration of the relationship between stigma and burnout among Greek nurses in dementia care. *Journal of nursing management*, 28(3), p. 615-624, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12964>.

MIOTTO, E. C.; DE LUCIA, M. C. S.; SCAFF, M. *Neuropsicologia clínica* (2ªed.). Roca, 2017.

MONTAÑO, M. B. M. Envelhecimento e demência: epidemiologia e tratamento. *BIS- Boletim Do Instituto De Saúde*, (47), p. 72-75, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048820>. Acesso em: 13 de mai. de 2022.

MONTEIRO, A. P.; LOPES, A. S.; MADEIRA, H. T.; SECO, J. M. (2012). Desigual (mente)-Projecto de intervenção de redução do estigma face à doença mental em crianças do ensino básico. *International Journal of Developmental and Edu-*

cational Psychology, 1(1), p. 63-71, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832342006>. Acesso em: 13 de mai. de 2022.

MORANDO, E. M. G.; SCHMITT, J. C.; FERREIRA, M. E. C.; MÁRMORA, C. H. C. (2018). O conceito de estigma de Goffman aplicado à velhice. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), p. 21-32, 2018. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n2.v1.1341>.

OLIVEIRA, D.; DA MATA, F. A. F.; MATEUS, E.; MUSYIMI, C. W.; FARINA, N.; FERRI, C. P.; EVANS-LACKO, S. Experiences of stigma and discrimination among people living with dementia and family carers in Brazil: qualitative study. *Ageing & Society*, p. 1-22, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000660>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *World Population Ageing - 2019* (1ª ed.). Organização das Nações Unidas, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *World Population Ageing - 2020: Highlights* (1ª ed.). Organização das Nações Unidas, 2020.

PEARSON, J. E. The Definition and Measurement of Social Support. *Journal of Counseling & Development*, 64(6), p. 390-395, 1986. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1986.tb01144.x>.

PEPLAU, L. A.; PERLMAN, D. Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. John Wiley & Sons Inc, p. 1-18, 1982.

RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, p. 529-539, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>.

SAFFARI, M.; KOENIG, H. G.; O'GARRO, K. N.; PAKPOUR, A. H. Mediating effect of spiritual coping strategies and family stigma stress on caregiving burden and mental health in caregivers of persons with dementia, 2018. *Dementia*. DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301218798082>.

SAFFARI, M., LIN, CY, KOENIG, HG, O'GARRO, KGN; BROSTRÖM, A.; PAKPOUR, A. H. A Persian version of the Affiliate Stigma Scale in caregivers of people with dementia. *Health Promotion Perspectives*, 9(1), p. 31-39, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15171/hpp.2019.04>.

SATCHER, D. *Mental health: Culture, race, and ethnicity—A supplement to mental health: A report of the surgeon general*. US Department of Health and Human Services, 2001.

SHI, Y.; SHAO, Y.; LI, H.; WANG, S.; YING, J.; ZHANG, M.; LI, Y.; XING, Z.; SUN, J. Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1-2), p. 49-61, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12505>.

SILVA, A. G. C.; BARBOSA, V. F. B.; OLIVEIRA, S. S. S.; SALGUEIRO, C. D. B. L.; SILVA, M. I. S. Saúde mental dos cuidadores de idosos com demência: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm Digit Cuid Promoção Saúde*, p. 1-7, 2001. DOI: <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210007>

SÖRENSEN, S.; CONWELL, Y. Issues in dementia caregiving: effects on mental and physical health, intervention strategies, and research needs. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6), p. 491-496, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31821c0e6e>

SU, J.-A.; CHANG, C.-C. Association Between Family Caregiver Burden and Affiliate Stigma in the Families of People with Dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), Artigo 2772, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082772>.

THORNICROFT, G. *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford University, 2006.

TSAI, D. F. C. How should doctors approach patients? A Confucian reflection on personhood. *Journal of Medical Ethics*, 27(1), p. 44-50, 2001. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136%2Fjme.271.44>.

VERNOOIJ-DASSEN, M.; MONIZ-COOK, E.; WOODS, R.; LEPELEIRE, J.; LEUSCHNER, A.; ZANETTI, O. et al. Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 20(4), p. 377-386, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.1302>.

VON SOEST, T.; LUHMANN, M.; HANSEN, T.; GERSTORF, D. Development of loneliness in midlife and old age: Its nature and correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 118(2), p. 388-406, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1037/pspp0000219>.

WALMSLEY, B. D.; MCCORMACK, L. Stigma, the medical model and dementia care: Psychological growth in senior health professionals through moral and professional integrity. *Dementia*, 15(6), p. 1685-1702, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301215574112>.

WERNER, P.; ABOJABEL, H. Who internalizes courtesy stigma and how? A study among Israeli Arab family caregivers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 24(7), p. 1153-1160, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1584790>.

WOO, B. K.; MEHTA, P. Examining the differences in the stigma of dementia and diabetes among Chinese Americans. *Geriatrics & gerontology international*, 17(5), p. 760-764, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/ggi.12782>

YANG, H. F.; CONG, J. Y.; ZANG, X. Y.; JIANG, N.; ZHAO, Y. A study on knowledge, attitudes and health behaviours regarding Alzheimer's disease among community residents in Tianjin, China. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(9), p. 706-714, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12259>.

YANG, T.; HUANG, Y.; LI, X.; LI, M.; MA, S.; XUAN, G.; JIANG, Y.; SUN, S.; YANG, S.; WU, Z.; LI, X.; WANG, Y. Knowledge, attitudes, and stigma related to dementia among illiterate and literate older adults in Shanghai. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, p. 959-966, 2021. DOI: <https://doi.org/10.2147/rmhp.s296044>.

YOUNG, J. A.; LIND, C.; ORANGE, J. B.; SAVUNDRANAYAGAM, M. Y. (2019). Expanding current understandings of epistemic injustice and dementia: Learning from stigma theory. *Journal of Aging Studies*, 48, p. 76-84, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.01.003>.

ZENG, F.; XIE, W. T.; WANG, Y. J.; LUO, H. B.; SHI, X. Q.; ZOU, H. Q., ...; LIAN, Y. General public perceptions and attitudes toward Alzheimer's disease from five cities in China. *Journal of Alzheimer's Disease*, 43(2), p. 511-518, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3233/jad-141371>.

ZHENG, X.; CHUNG, J. O.; WOO, B. K. Exploring the impact of a culturally tailored short film in modifying dementia stigma among Chinese Americans: a pilot study. *Academic Psychiatry*, 40(2), p. 372-374, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0397-7>.

ZHU, X.; YIN, S.; LANG, M.; HE, R.; LI, J. The more the better? A meta-analysis on effects of combined cognitive and physical intervention on cognition in healthy older adults. *Ageing Research Reviews*, 31(1), p. 67-79, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.07.003>.

ZUCCHI, E. M.; PAIVA, V. S. F.; JUNIOR, I. F. Intervenções para reduzir o estigma da Aids no Brasil: uma revisão crítica. *Temas em Psicologia*, 21(3), p. 1067-1087, 2013. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2013.3-EE15PT>.

Estereótipos sociais como preditores de comprometimento da saúde mental do homem preto

*Aline de Oliveira Silva
Monique Bernardes de Oliveira Ferreira
Luciana Xavier Senra*

O capítulo ora apresentado discorre sobre as influências dos estereótipos sociais sobre a saúde mental dos homens pretos. Para isso, revisitou a literatura sobre estereótipos sociais, sobretudo a construção da masculinidade preta e as representações estereotipadas acerca do homem preto. Além disso, relata uma pesquisa empírica de abordagem qualitativa e caráter exploratório com 11 pessoas pretas do sexo masculino, incluídas no estudo considerando faixa etária de 18 a 40 anos e capacidade cognitiva preservada. Foi utilizado um roteiro de entrevista composto por seis perguntas abrangendo percepção, impressão e expectativa social atribuídas, estereótipos étnicos, de gênero, profissional e de atributo agressivo, além de conteúdos pertinentes à saúde mental desse público. Por meio da análise de conteúdo de Bardin (2011), os elementos apurados foram discutidos dentro dos eixos temáticos de percepção, impressão e expectativa social atribuídas e estereótipos étnicos. Para compreender o tema proposto, o texto se apresenta nas sessões psicologia e pessoas pretas, estereótipos sociais, saúde mental e masculinidade preta; percurso metodológico; estereótipos sociais como preditores de comprometimento da saúde mental do homem preto: resultados e discussões e considerações finais.

PSICOLOGIA E PESSOAS PRETAS

É de extrema importância para a Psicologia, enquanto ciência e profissão, considerar e abarcar em seus estudos o máximo de especificidades e atravessamentos que possam vir a influenciar a saúde mental da população. No que tange a saúde mental das pessoas pretas, e, especialmente, do homem preto, se comparado aos demais recortes, ainda encontramos poucas referências. Desta constatação e da necessidade de se fazer representatividade deste grupo, o presente estudo teve

motivação e interesse de referenciar este público no contexto da psicologia, tendo em vista que representa uma boa parte da população brasileira e é fortemente influenciado pelo racismo e estereótipos sociais enraizados em nossa cultura.

Nesta perspectiva, a delimitação do tema que situe a psicologia junto às pessoas pretas, a pesquisa aqui relatada teve como foco a saúde mental do homem preto no Brasil, sob a hipótese da repercussão negativa dos estereótipos sociais sobre a mesma. Como objetivo geral buscou-se identificar influências dos estereótipos sociais sobre a saúde mental dos homens pretos no Brasil, bem como revisar a literatura sobre estereótipos sociais, compreender a construção da masculinidade preta e identificar representações estereotipadas acerca do homem preto.

ESTEREÓTIPOS SOCIAIS, SAÚDE MENTAL E MASCULINIDADE PRETA

Para se conhecer um pouco sobre essa temática foi realizada uma breve revisão de literatura em caráter integrativo, com objetivo de explicar o tema acerca da construção da masculinidade preta, em especial consideração dos estereótipos sociais atribuídos aos homens negros e sua saúde mental. Nessa revisão, foram envolvidos artigos científicos publicados no século XXI, em língua portuguesa em expressão brasileira e portuguesa, recuperados da plataforma Scielo.br. Os termos chaves de pesquisa empregados na plataforma de busca foram: “masculinidade”, “identidade”, “homem negro”, “estereótipos sociais”, “representações sociais”, “saúde mental” e “racismo”.

Não foram incluídos textos de teses, dissertações, capítulos de livros, monografias ou resumos publicados em anais. A escolha dos textos para análise se pautou em uma avaliação flutuante dos títulos e textos condizentes com o problema e os objetivos do estudo. Após esse critério inicial, a seleção dos artigos considerou o ano de publicação, tema, título, autores e tipo de publicação, considerando metodologia do estudo, principais resultados e discussões destacadas pelos autores. Como suporte ao marco teórico adotado para as discussões, os livros “Pele Negra, Máscaras Brancas” de Frantz Fanon pertencente ao acervo pessoal da autora pesquisadora, cuja tradução foi adquirida em 2019, e “Psicologia Social do Racismo Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil” organizado por Iray Carone e Maria Aparecida Silva Bento também foram adotados como referência ao processo de categorização dos conteúdos para análise textual.

As representações ajudam o indivíduo a se situar em diversos contextos reais e a lidar com informações complexas, mas também são maneiras de defender crenças, valores, ideologia, interesses e posição social. Não são fiéis à realidade, tampouco neutras, pois dizem mais a respeito do observador do que do objeto observado (LIPPMANN, 1992, como citado em CABECINHAS, 2004).

Os estereótipos são imagens mentais que se apresentam de maneira rígida, principalmente quando direcionadas a grupos sociais pouco ou nada contatados (LIPPMANN, 1992/1961, como citado em CABECINHAS, 2004). É natural adotar uma posição receosa vinculada à emoção primária de medo - ou até mesmo de ataque diante do desconhecido. Partindo desse pressuposto para pensar o racismo, tema pertinente para o presente estudo, é possível entender a dinâmica do mesmo na sociedade. Uma vez que um grupo majoritário (não necessariamente em quantidade, mas sobretudo em poder) não faz o movimento de conhecer o outro certamente haverá um afastamento e estranhamento entre eles.

A construção de uma ideia sobre algo sempre se dá em meio aos atravessamentos do sistema de valores de um indivíduo ou grupo. Esse sistema de valores é fortemente influenciado por fatores externos como cultura e contexto da sociedade da qual fazem parte (ESTRAMIANA et al., 2013). Os estereótipos atrelados ao homem preto são resultado de anos de representações pautadas pelo racismo. O estereótipo do homem preto “sempre forte” vem, no Brasil, do período de escravização onde os negros eram submetidos a horas a fio de trabalho em condições animais de tratamento, sem ter direito a descanso, trabalhando feito máquinas. Esse longo período contribuiu ainda mais para a animalização dos pretos, uma vez que houve o esvaziamento da condição humana desse povo trazido para cá. De nada importava seu país de origem, sua construção enquanto pessoas e povos e muito menos como se sentiam em relação ao que estavam sofrendo, eram corpos desconhecidos que proporcionariam trabalho e prazer (LIMA & PEREIRA, 2004; PEREIRA, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) define saúde não só como a ausência de doenças, mas uma condição de completo bem-estar físico, mental e social. No que se refere à saúde mental, a OMS (2000) delibera como o estado que permite ao indivíduo o aproveitamento de suas capacidades cognitivas, afetivas e relacionais, o enfrentamento de dificuldades na vida, a contribuição para ações em sociedade e a produção no trabalho. Quando se trata da população preta, o bem-estar biopsicossocial se torna mais complexo devido aos atravessamentos dos estereótipos sociais em seu cotidiano, podendo afetar funcionalmente sua vida em todos os âmbitos. Ao tratarmos dos homens pretos, adicionar o processo de construção da masculinidade e estereótipos animais acerca de sua pessoa, é possível vislumbrar como ser homem preto e estar com saúde pode vir a ser complexo.

A construção da identidade se dá por meio da visão que o indivíduo tem de si, de como se enxerga no mundo e da interação com o meio social. Não é possível pensar a construção da identidade de pessoas pretas sem considerar o fator raça e a influência que o racismo exerce em diferentes dimensões de suas vidas. Embora a ciência venha a demonstrar que raça é uma construção social e ideológica quando se trata de humanos, há uma complexidade no plano social (CARONE, 2014).

A percepção social de pretos e brancos têm pesos diferentes dentro da noção de coletividade. Enquanto um branco representa apenas a ele mesmo, sem a consideração de cor ou raça, um preto representa uma coletividade racializada em bloco - cor e raça são os fatores que o constituem (CARONE, 2014). As representações individualistas e a neutralidade racial do branco acabam por reduzir o preto a uma coletividade racializada pela intensificação na visibilidade da cor e de outros traços fenotípicos aliados a estereótipos sociais e morais. Partindo desse entendimento, evidencia-se que ao se tratar da construção de identidade do povo preto e de sua percepção e coerência intragrupal, a coletividade pode vir a ser uma preocupação no que se refere à pensamentos, sentimentos e ações do cotidiano de pessoas pretas.

No Brasil, o branqueamento é considerado como uma questão do negro descontente e desconfortável com sua condição de negro buscando identificar-se como branco a fim de miscigenar-se para, então, diluir suas características raciais. Porém, ao se estudar o branqueamento evidencia-se que foi “um processo inventado e mantido pela elite branca brasileira, embora apontado pela mesma como um problema do negro brasileiro” (BENTO, 2002).

Rolf Ribeiro de Souza (2009), em seu artigo “As representações do homem negro e suas consequências”, traz reflexões e questionamentos sobre a representação do homem negro na cultura brasileira, tendo como base as ideias de Frantz Fanon à respeito da figura do negro constituída no imaginário ocidental perpassando a desqualificação da masculinidade negra, as preocupações com o homem negro no Brasil, a masculinidade branca como a masculinidade ideal e as representações da masculinidade negra como a fracassada.

Para melhor entendimento do lugar ocupado na sociedade, da situação e, conseqüentemente, da imagem que se tem do homem negro, foi utilizada a publicação “Masculinidade, raça/cor e saúde” de Luís Eduardo Batista (2005). Nesta, o autor se baseia em estudos que explicitam a situação de vida dos negros no Brasil como a população que possui menor escolaridade, menor salário, residente dos bairros de periferia e excluída de vários direitos sociais, utiliza o banco de dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/DATASUS/FSEADE) de 1999 afim de comparar a taxa de mortalidade de negros em relação aos brancos e as principais causas de morte, evidenciando a prevalência de morte violenta sofrida por homens pretos.

O artigo “As masculinidades da nossa América” em que Barros (2020), tendo como base a obra “As cores da masculinidade: experiências interseccionais e práticas de poder na Nossa América” da autora colombiana Mara Viveros Vigoya (2020), traz reflexões a respeito da construção das masculinidades e relações de gênero. Ao longo da obra a autora ressalta a importância da observação e análise das respostas dos homens negros perante os imaginários de sua figura,

relembrando estereótipos dos corpos africanos no que diz respeito aos possíveis poderes sexuais que os homens pretos detêm e a ameaça dos mesmos a pureza racial e a instituição familiar além de refletir sobre a utilidade da virilidade para os interesses da masculinidade hegemônica.

Waldemir Rosa (2006) em “Observando uma masculinidade subalterna: os homens negros em uma ‘democracia racial’” enfatiza a existência e o peso das categorias classificatórias de gênero, de raça e de classe, a compreensão de Fanon acerca das três dimensões que o constituem enquanto homem negro: corpo, raça e ancestralidade, a importância do referencial social para a construção da masculinidade, o conceito de virilidade e como ele se aproxima do que é considerado crime.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo empírico, que consistiu em uma pesquisa exploratória de caráter transversal e abordagem qualitativa com emprego de entrevista semiestruturada em ambiente virtual com roteiro envolvendo perguntas acerca dos temas: percepção, impressão e expectativa social atribuídas; estereótipos étnicos, de gênero, profissional e de atributo agressivo; além de conteúdos pertinentes à saúde mental desse público.

A pesquisa envolveu amostra de conveniência com 11 pessoas pretas do sexo masculino, com idades variando entre os 18 e 40 anos. Para a análise dos dados apurados foi empregada a análise de conteúdo de Bardin (2011), a qual possibilitou delimitar critérios de análise a priori, bem como identificar elementos implícitos por meio de análise categórico-temática e de unidades de registros dos conteúdos das falas dos participantes, permitindo a inferência e interpretação do material à luz do referencial teórico adotado e apurado na revisão de literatura. Os critérios delimitados a priori consideraram o roteiro de entrevista, sendo eles: (I) percepção, impressão e expectativa sociais atribuídas e (II) estereótipos étnicos. Para cada eixo temático foram desenvolvidas 3 perguntas. Os eixos temáticos e subcategorias estão ilustrados na Tabela 1.

Tabela 1 -Eixos temáticos, roteiro de perguntas e subcategorias

EIXOS TEMÁTICOS E PERGUNTAS	SUBCATEGORIAS
Percepção, impressão e expectativas sociais atribuídas	
1) Às vezes nossas ações são influenciadas por outras pessoas. No seu caso, as suas ações são influenciadas pelo que os demais pensam/esperam de você? Como seria isso na sua vida? Poderia dar exemplos de sua experiência de vida?	Percepção social atribuída
2) As pessoas sempre formam impressões umas sobre outras pessoas. Como você se sente a respeito dessas impressões feitas sobre você homem preto?	Impressão social atribuída
3) As pessoas sempre esperam algo de nós em alguma situação ou lugar. Você sente que esperam algo negativo de você por ser um homem preto?	Expectativa social atribuída
Estereótipos étnicos	
4) Às vezes nos deparamos com afirmações sociais do tipo “Homem não chora”, “Homem preto é sempre forte”, essas afirmações são chamadas de estereótipos e podemos listar várias delas. Se sente na obrigação de se encaixar nos estereótipos (ex: ser sempre forte; não chorar; ser viril) impostos à sua pessoa por ser homem preto?	Estereótipo étnico e de gênero
5) O que as pessoas pensam sobre nós pode influenciar várias partes da nossa vida. Você sente essas influências em relação ao trabalho? Como é isso na sua vida?	Estereótipo profissional
6) A agressividade se faz bastante presente em nossa sociedade. Você sente que esperam de você uma atitude mais agressiva que o comum por ser homem preto?	Estereótipo de atributo agressivo

Fonte: As autoras, (2022)

Nota-se que os integrantes da amostra foram acessados junto ao contexto social da pesquisadora primeira autora deste capítulo, uma mulher preta que identificou os participantes como homens pretos e os convidou, a partir dessa identificação, a participar voluntariamente, resguardando os cuidados éticos e de privacidade, tal como foi assinalado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após esse procedimento, foi agendado horário conforme disponibilidade de cada um. A abordagem foi em ambiente virtual com uso das redes sociais WhatsApp e Instagram por meio de uma mensagem com breve explicação sobre o projeto de pesquisa e convite para a participação da mesma, posteriormente realizada junto

a plataforma Google Meet, elucidando que eles poderiam recusar a participação caso se sentissem constrangidos durante a abordagem.

A pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Petrópolis-UCP, sob o parecer nº 4.801.409 e CAAE nº 48019821.9.0000.5281. Os participantes foram esclarecidos sobre o tema e os objetivos da pesquisa de forma oral e por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tal como as Resolução 466 de 2012 e Ofício CONEP 001 de abril de 2021, que versa sobre pesquisas em ambiente virtual.

ESTEREÓTIPOS SOCIAIS COMO PREDITORES DE COMPROMETIMENTO DA SAÚDE MENTAL DO HOMEM PRETO: RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados são apresentados em duas sessões, sendo a primeira correspondente ao eixo temático I, que tratou percepção, impressão e expectativa social atribuídas. A segunda parte, apresenta conteúdos que ilustram o eixo temático II, que abordou estereótipos étnico, de gênero, profissional e de atributo agressivo. Os respondentes serão identificados com a letra R, indicando o termo Respondentes, seguido de algarismo cardinal 1, organizando a amostra (N=11) entre R1 e R11.

EIXO TEMÁTICO I: PERCEPÇÃO, IMPRESSÃO E EXPECTATIVA ATRIBUÍDAS

Nas respostas à primeira pergunta do eixo I foi possível observar que apesar de buscarem delimitar e não se basear em opiniões alheias, reconhecem, hoje ou em algum momento de suas vidas, terem sofrido fortes influências advindas da família, instituições e sociedade no que se refere aos papéis desempenhados/performados na sociedade e a alcançar determinados objetivos.

Nas respostas à segunda pergunta explicitam incômodo, tristeza, cobrança pessoal, medo de errar, agonia e desespero, bem como uma preocupação sobre como se portar para não reforçarem as impressões formadas sobre eles enquanto homens pretos. Relatam associações à criminalidade, sendo taxados como suspeitos e recorrentes episódios em que tiveram medo de sua pessoa, foram lidos como agressivos e se sentiram hipersexualizados.

Dois participantes destacaram a diferença das impressões formadas sobre eles dentro de seu ciclo social e na sociedade em geral, quando em ambientes com mais pessoas pretas a pressão e as impressões negativas são menores promovendo sentimento de pertença, acolhimento e bem-estar.

Nas respostas à terceira pergunta do eixo I, 10 dos 11 participantes afirmam observarem que esperam algo negativo deles por serem homens pretos desde

muito cedo, por volta dos 5 anos de idade. Mais uma vez aparecem relatos de sua figura associada à criminalidade e à agressividade, além de uma espera por servidão, pela falha no que se refere à uma conduta sadia, menosprezo físico, intelectual e patrimonial. Como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 -Conteúdo sobre percepção, impressão e expectativas sociais atribuídas

SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
Percepção social atribuída	R3: “Eu acredito ... em três influências, a influência familiar [tsc], a influência institucional seja ela de caráter formal ou informal, ou seja, uma igreja ou a escola e a sociedade em si.”
Impressão social atribuída	R11: “Desde que eu tenho 6, 4, 5 anos de idade as pessoas têm impressões de mim ... eu não gosto, eu odeio gente me apontado, gente me falando como eu sou ... delimitando como o meu corpo é ou como a minha pessoa é e na verdade sempre erram.” R4: “A gente deve tentar evitar se preocupar muito em como as pessoas vão me ver enquanto um homem preto ao mesmo tempo eu tenho que ter esse cuidado em como me portar porque as coisas que eu faço enquanto homem preto refletem não só sobre mim, mas como em outros homens pretos também e vice-versa.”
Expectativa social atribuída	R8: “Com relação às pessoas de fora, principalmente branco, ... eu tenho sim meus dois pés atrás, ... se eu vô num evento que tem muita gente branca, eu vô sabendo que a qualquer momento, o que acontecer pode sobrar pra mim.” R9: “O estereótipo nosso é visto como algo inferior, ... até nossa aparência física. ... Eles esperam o quê da gente? Servidão.”

Fonte: As autoras, (2022)

Na fala de R3, de acordo com a Teoria Social Cognitiva (BANDURA & AZZI, 2017), identifica-se que o respondente reconhece influências externas sobre suas ações quando se trata do que pensam ou esperam dele. Por sua vez, o relato de R11 traz o incômodo gerado pela impressão errônea e delimitadora socialmente atribuída a ele enquanto homem preto e R4 corrobora o que foi colocado no estudo de Carone (2014) no que tange a noção e ao peso da coletividade para pessoas pretas ao explicitar sua preocupação e cuidado com suas ações por ter consciência de que podem alimentar determinada visão negativa que a sociedade têm dos homens pretos no geral, ao passo que demonstra compreensão de que a impressão feita sobre outros homens pretos também será inferida à sua pessoa.

Ademais, fica explícita a percepção social atribuída negativamente ao público-alvo deste estudo, quando R9 coloca a inferiorização da aparência física e a espera pela servidão dos homens pretos. A tentativa de inferiorizar atributos físicos, culturais, espirituais e expressivos de determinado grupo consiste numa estratégia por parte do grupo percebente que visa se estabelecer como padrão normalizante, mantendo ou fortalecendo poderes atribuídos às suas características (FANON, 2008). Tal ponto pode ser ilustrado também pelo receio de R8 com relação às pessoas que não são do seu grupo e de estar em locais com muitas pessoas se dá por conta da fácil e recorrente atribuição de culpa ao homem preto. Culturalmente a “cara do crime” é a de um homem preto.

EIXO TEMÁTICO II: ESTEREÓTIPOS ÉTNICOS

No eixo II, as respostas à pergunta de número quatro revelam que em algum momento de suas vidas buscaram se encaixar em estereótipos impostos à pessoa do homem preto mesmo sem perceber e que esse movimento teve influência sobre sua autoestima e construção de masculinidade. A fim de ilustrar, relatam situações em que não conseguiram demonstrar afeto, afeto esse que lhes é negado e tirado, mas que também é cobrado quando para com o outro.

Nas respostas à pergunta 5, contam que no contexto de trabalho por vezes há uma pressão para atender expectativas e obter sucesso, que têm seu conhecimento e habilidades específicas questionadas ao passo que são confundidos com atendentes ou outras profissões exercidas por pessoas com grau mais baixo de escolaridade. Também são citados o medo de ser demitido, descartado; de nunca ser colocado como o melhor; e de não ser ouvido, acarretando um posicionamento assertivo que é interpretado como agressivo. Além disso, comentam sobre não poder usar trança, porque o chefe acha que pode ser uma influência negativa para a imagem da empresa.

E, por fim, na pergunta de número seis, a terceira do eixo II, os respondentes apontam uma espera da sociedade por um comportamento mais agressivo do que o normal vindo deles, o que na maioria das vezes não condiz com a sua personalidade ou que vem a ser a causa de um suposto comportamento agressivos, tal como explicitado na Tabela 3.

Tabela 3 -Conteúdo sobre estereótipo étnico e de gênero

SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS
Estereótipo étnico e de gênero	<p>R7: “Eu tenho até um bloqueio emocional envolvendo choro, que eu não consigo chorar. ... sempre foi imposto pra que eu seja o forte ... que eu tome conta de pessoas e ações e atitudes, sendo que isso desde criança, né?”.</p> <p>R2: “Isso me prejudica até hoje, me prejudica comigo, me prejudica em relação afetiva com relação às pessoas, de não saber demonstrar afeto. ... quando o homem branco chora, se emociona, é fofo, é bonito ... sendo frágil, enquanto homem preto, você é descartável porque ninguém precisa da sua fragilidade. ... Aí ocorre que a gente também não consegue se apoiar, porque se eu num consigo demonstrar minha fraqueza comé que eu me apoio?”.</p>
Estereótipo profissional	<p>R5: “Isso rola lá no meu serviço, eu num posso usá trança ... o meu patrão falou comigo que ... se eu tivé de trança, aí a polícia pode me abordá, que as pessoas vão vê de uma maneira negativa ... que poderia manchá a imagem da empresa.”.</p> <p>R6: “Trabalho numa loja que conserta eletrônicos ... mas tem uma coisa e outra que eu sei, são coisas que eu consigo explicar. ... porque que aqui dentro do meu local de trabalho eu não sou uma pessoa com entendimento mas quando eu tô no mercado, eu sou a pessoa que trabalha no mercado?”.</p>
Estereótipo de atributo agressivo	<p>R10: “Eu acredito que sim sempre vão achar ... a gente não é visto como ser humano, ... a gente é sempre visto como seres animalizados.”.</p> <p>R1: “A falta ... de uma educação, de uma construção racial desde a nossa infância prejudica muito o nosso desenvolvimento, principalmente nesse país. Porque a gente vai sendo ... moldado à determinadas narrativas já pré-estabelecidas sobre nós e aí a gente acaba ... reproduzindo determinadas situações porquê ... há motivações ali ... pra esse fim.”.</p>

Fonte: As autoras, (2022)

As colocações de R7 e R2 evidenciam um comprometimento das relações afetivas e da exteriorização de sentimentos e emoções causados por imposições estereotipadas sobre eles. É cobrado socialmente do homem preto que o mesmo seja dotado, viril e potente em diversos âmbitos de sua vida, demonstrando força, funcionalidade e posicionamento que beiram a agressividade (FANON, 2008). Por conta do machismo enraizado a demonstração de afeto vinda de uma figura masculina nem sempre é bem aceita em nossa sociedade, quando se trata do homem preto o racismo se faz presente antes mesmo do machismo, sendo dois atravessamentos impeditivos da demonstração de afeto. Como R2 coloca, o afeto do homem preto, se comparado ao do homem branco, é descartável e minimizado, o que dificulta o apoio e até mesmo o reconhecimento da necessidade e do pedido por ajuda. E isso, desde muito cedo, delimita o espaço de construção de sua masculinidade, criando linhas tênues entre a vulnerabilidade e a desprezibilidade.

As falas de R5 e R6 ilustram estereótipos atribuídos ao homem preto enquanto trabalhador. Uma empresa perceber expressões de estética africana como algo que compromete a imagem da instituição e orientar, para não dizer impor, que seus funcionários adiram seu posicionamento por vezes os coloca em uma situação de escolha entre sua expressão identitária e o emprego, que socialmente representa dignidade bem como se faz necessário para obtenção de renda do público-alvo do estudo. Entendendo que ambos fazem parte da construção de um indivíduo (a expressividade e o trabalho), percebe-se o sofrimento psíquico causado por esse impasse que por muitas vezes é "resolvido" quando o indivíduo renuncia à aspectos tomados pela cultura na construção da representação social e da beleza do negro na sociedade brasileira (Gomes, s./d.) em detrimento ao que lhe é imposto pelo trabalho.

A fala de R6 explicita a concepção de que um homem preto não estaria apto a desempenhar trabalhos que exijam conhecimentos técnicos tidos socialmente como mais específicos ao passo que, mesmo sem estar uniformizado, frequentemente é confundido com o repositório do mercado, profissão desvalorizada em nossa sociedade.

Nas declarações de R10 e R1 é possível observar o estereótipo do preto agressivo, da animalização e como a educação teria papel fundamental na desmistificação de tal representação. Sem referências históricas positivas de seu povo, a suscetibilidade diante do negativo aumenta. Em outras palavras, é muito mais fácil se tornar qualquer coisa que sugiram sobre sua pessoa quando não se sabe de onde veio, as verdadeiras referências e identidades positivas e, por fim, que a gama do que pode vir a ser é muito maior do que a apresentada. Como coloca Munanga (2015), dentro do multiculturalismo brasileiro se faz necessário o ensino de história da África e do negro no Brasil para além do olhar colonizante, numa perspectiva mais próxima da original possível para a compreensão de quem somos, de onde viemos e para onde vamos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo pode-se considerar que a hipótese levantada foi corroborada, uma vez que ficou evidente nas respostas dos participantes, a influência dos estereótipos negativos construídos e perpetuados em nossa sociedade acerca dos homens pretos, sobre a dimensão a psíquica, foco do presente trabalho. Tal influência impacta diretamente a autoestima, principalmente na adolescência, segundo os relatos, fase primordial do desenvolvimento humano para o processo de construção de identidade, personalidade, subjetividade e masculinidade do público foco.

Como pontos fortes, é plausível destacar a relevância desse estudo para a psicologia enquanto ciência e prática, dada a necessidade e compromisso da profissão para com todos os indivíduos e grupos, considerando quais são, como se dão e quais as consequências dos diversos atravessamentos de sua construção. Cabe salientar que, desse estudo com participantes dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, foi possível conceber que a problemática em torno da interseccionalidade raça antecede a de gênero, o que é consenso com os estudos de Assis (2019).

Como pontos a serem desenvolvidos, aponta-se a baixa amostra (2) de respondentes do público LGBTQIA+; a ausência de participantes habitantes das demais regiões do país e de estrangeiros que vivem no Brasil. Concerne ainda à pesquisadora, primeira autora deste estudo, ressaltar que, apesar do limitado número de amostras, o estudo constatou a superficialidade dos estereótipos e a incongruência dos mesmos em comparação à real construção da população preta, sobretudo dos homens, público aqui estudado.

Exageradamente se evidencia e há tempos vem sendo internalizada, sobretudo representada nas mídias, a figura do homem preto como alguém de corpo viril, dotado de poderes sexuais, apto a executar trabalhos braçais – muitas vezes por considerá-lo detentor de uma força física que tudo suporta – ou aqueles de menor qualificação técnica. Além disso, é considerado pai e companheiro ausente e visto como um ser com tendências agressivas/violentas e criminosas. Entretanto, pouco se reflete sobre a desigualdade racial nos indicadores sociais da violência. No Brasil, entre 2009 e 2019 a taxa de homicídios entre negros teve uma redução de 15,5% e entre não negros de 30,5%, ou seja, incidiu muito mais sobre a população não negra. Dentre os fatores que contribuem para isso, pode-se elencar: uma combinação de elementos socioeconômicos e demográficos, que imputam uma posição social mais vulnerável aos negros; a reprodução de estereótipos raciais, que guia ações e estratégias com base em critérios preconceituosos, por parte do sistema de justiça criminal – principalmente as polícias – fazendo da população negra, majoritariamente os homens, o alvo preferencial de suas ações; e, por fim, a falta de políticas públicas voltadas ao combate da desigualdade vivenciada por essa população (CERQUEIRA et al., 2021). A reprodução de determinados estereótipos raciais sobre inferioridade e incapacidade do homem negro além de vulnerabilizá-lo perante a estrutura social hierárquica, podem influenciar também na sua ausência enquanto pai, companheiro ou nas demais relações familiares.

Em meio a todos atravessamentos, eles têm sua dimensão cognitiva, afetiva e social pouco ou nada considerada. Portanto, compete defender que os homens pretos são muito mais e possuem inúmeras características para além das negativas que os estereótipos, em sua maioria, lhes conferem. Antes disso, são pais, filhos, avôs, amigos, companheiros etc., que têm direito a uma escuta acolhedora dentro e fora da psicologia.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, D. N. C. de. Interseccionalidades. UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/30892/1/eBook%20-%20Interseccionalidades.pdf>. Acesso em: 19 de mai. de 2022.
- BANDURA, A.; Azzi, R. G. (orgs.). Teoria Social Cognitiva: diversos enfoques (1ª ed.). Mercado de Letras, 2017.
- BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 10(1), p. 71-80, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100013>.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. (4 ed.). Edições 70, 2011.
- BARROS, B. W. As masculinidades da nossa América. *Cad. Pagu* (59), Artigo e205920, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449202000590020>.
- BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: I. Carone & M. A. S. Bento (Orgs.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil* Vozes, p. 25-57, 2002.
- CABECINHAS, R. *Processos cognitivos, cultura e estereótipos sociais*. 2004. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/cabecinhas-rosa-processos-cognitivos-cultura-estereotipos-sociais.pdf>. Acesso em: 19 de mai. de 2022.
- CARONE, I. Breve histórico de uma pesquisa psicossocial sobre a questão racial brasileira. In: I. Carone & M. A. S. Bento (Orgs.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Vozes, p. 13-24, 2014.
- _____; Bento, M. A. S. (2017). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Vozes, 2017.
- CERQUEIRA, D.; FERREIRA, H.; BUENO, S. (Cords.). *Atlas da Violência 2021*. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>. Acesso em: 19 de mai. de 2022.
- DE SOUZA, R. R. As representações do homem negro e suas consequências. *Revista Fórum Identidades*, 6(6), p. 97-115, 2009. Disponível em: <https://www.seer.ufs.br/index.php/forumidentidades/article/view/5500>. Acesso em: 19 de mai. de 2022.
- ESTRAMIANA, J. L. A.; PEREIRA, C. R.; MONTER, M. R.; ZLOBINA, A. Valores Sociais. In: L. Camino; A. R. R. Torres; M. E.O. Lima & M. E. Pereira, (2013). *Psicologia Social: temas e teoria*. 2ª ed. Brasília-DF: Technopolitik, 2013.

FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. R. da Silveira, Trad. EDUFBA, 2008.

GOMES, N. L. *Corpo e cabelo como símbolos da identidade negra [Body and hair as symbols of black identity]*. (s./d.). Disponível em: http://www.titosena.faed.udesc.br/Arquivos/Artigos_textos_sociologia/Negra.pdf. Acesso em: 19 de mai. de 2022.

GUIMARÃES, A. S. A. Preconceito de cor e racismo no Brasil. *Revista de antropologia*, 47(1), p. 9-43, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-77012004000100001>.

LIMA, M. E. O.; PEREIRA, M. E. (Orgs.). *Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas*. EDUFBA, 2004.

MUNANGA, K. Por que ensinar a história da África e do negro no Brasil de hoje? *Revista do Instituto de Estudos brasileiros*, (62), p. 20-31, 2015. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-901X.v0i62p20-31>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Conselho Executivo – 107ª sessão, 2000. Disponível em: www.saudemental.med.br/OMS.htm. Acesso em: 19 de mai. de 2022.

_____. Relatório Mundial da Saúde. *Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-9702>. Acesso em: 19 de mai. de 2022.

PEREIRA, M. E. Estereótipos na publicidade: como a psicologia social pode nos ajudar a identificá-los e evitá-los? In: F. Leite, & L. L. Batista, (Orgs.). *Publicidade antirracista [recurso eletrônico]: reflexões, caminhos e desafios*. ECA-USP, 2019. Disponível em: <http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/view/431/382/1517>. Acesso em: 19 de mai. de 2022.

ROSA, W. Observando uma masculinidade subalterna: homens negros em uma “democracia racial”. [Apresentação de trabalho]. ST 18 A questão racial no Brasil e as relações de gênero O Seminário Internacional Fazendo Gênero 7: Gênero e Preconceitos, UFSC, Brasil. (28-30 de agosto de 2006). Disponível em: http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/fg7/artigos/W/Waldemir_Rosa_18.pdf. Acesso em: 19 de mai. de 2022.

VIGOYA, M. V. *As cores da masculinidade: experiências interseccionais e práticas de poder na Nossa América*. Papéis Selvagens, 2018.

Transtorno do espectro autista e habilidades sociais: a teoria da mente como antítese do autismo

*Maria Clara Peccim Amaral
Catula Maia Pereira
Luciana Xavier Senra*

O autismo é um transtorno que pode causar deficiência em três âmbitos: social, comportamental e linguístico. Sabe-se que a ausência de cognição social interfere na sociabilidade e no comportamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para discorrer sobre o tema, o presente capítulo apresenta um recorte de uma pesquisa desenvolvida para composição de uma dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu de uma Universidade da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Este recorte consiste em um estudo de natureza observacional e abordagem quantitativa exploratória e descritiva, cujo objetivo foi distinguir os conceitos de autismo, cognição social e teoria da mente, bem como a possível relação entre eles, auxiliando a compreensão dos déficits cognitivos. O leitor norteará a leitura por meio de revisão teórica do assunto, percurso metodológico, os resultados e discussões alcançadas e considerações acerca do tema aqui discutido.

Na tentativa de compreender como as habilidades sociais podem ajudar a minimizar déficits cognitivos do Transtorno do Espectro Autista, e com o auxílio do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento de Bronfenbrenner, o presente estudo discorre sobre a importância de um desenvolvimento saudável e estimulado como possibilidade de auxílio no aprimoramento das habilidades sociais. Partindo dessa premissa, o objetivo geral do estudo foi entender os conceitos de autismo, cognição social e teoria da mente, bem como de que maneira esses conceitos se relacionam; e especificamente pretendeu compreender os déficits cognitivos e seus respectivos impactos nas habilidades sociais e no próprio desenvolvimento.

Para entender o autismo em uma perspectiva mais ampla, se faz necessário algumas explicações que circundam o termo. A primeira delas

é o conceito de Cognição Social (CS) o termo se refere às operações mentais que estão subjacentes e são necessárias às interações sociais (MECCA et al., 2016). Ou seja, a CS é inerente ao ser humano, contudo, é por meio da interação social que ela é desenvolvida e aprimorada. Além disso, é responsável pela identificação de expressões, gestos e emoções, permite que o indivíduo tenha uma interpretação acerca de suas condutas e a dos outros, como também desenvolve a capacidade da empatia. Alguns autores descrevem três componentes como domínios primários da Cognição Social: a percepção de emoções, a Teoria da Mente e o viés de atribuição (MECCA et al., 2016).

Especificamente a respeito do autismo, a Teoria da Mente (Theory of Mind, ToM), está representada pela Cognição Social. Ela é encarregada pela capacidade de prever comportamentos, sinais e sentimentos. Está situada dentre a uma das competências da Cognição Social.

A ToM pode ser dividida em dois aspectos: cognitivo e afetivo. O componente cognitivo é descrito como a identificação do estado mental de outras pessoas. (...). O aspecto afetivo é chamado de empatia, (...) a habilidade de empatia pode ser considerada como a capacidade de compreender e responder a experiências afetivas de outra pessoa (GIGLIO & BOGGIO, 2016, p. 36-38).

Ou seja, competência de detectar as emoções de outros sujeitos dentro do seu contexto social e se adaptar a elas. A capacidade de inferir as emoções de outras pessoas (afeto ToM ativo) e para compreender suas crenças (ToM cognitivo) desempenham um papel fundamental na determinação da aquisição apropriada de competência social (MAZZA et al., 2017).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta Edição (DSM-5) o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (APA, 2014). Atualmente, muitos debates têm sido levantados acerca das problemáticas que envolvem o autismo, vide a mudança que a conceituação sofreu desde que apareceu pela primeira vez na literatura por meio de Bleuler em 1911. Muito já se sabe sobre o tema, porém ainda se tem algumas dúvidas, como por exemplo sua origem.

O que já se sabe é que o TEA desencadeia dificuldades em três âmbitos do desenvolvimento: na socialização, na linguagem e no comportamento. Também pode se classificar o autismo em três níveis: leve, moderado e severo, considerando as necessidades de suporte em cada um dos níveis onde o primeiro precisaria de pouco apoio e o último exige um apoio substancial.

Além disso, é conhecido que o TEA acomete uma em cada 68 crianças, e a incidência é maior no gênero masculino, com uma proporção de uma menina para cada 4,5 meninos (MECCA et al., 2016).

A cognição social se mostra de extrema importância dentro do contexto do TEA, pois é justamente um dos fatores que esses indivíduos trazem como déficits. Simon Baron Cohen em 2003, faz uma explicação pertinente acerca das dificuldades sociais e de comunicação do TEA, ele revela que esses prejuízos cognitivos são explicados por um déficit na ToM, o que ele mesmo caracteriza como cegueira da mente.

Ao entender o TEA e seus déficits cognitivos e afetivos, se compreende a necessidade de estimular o meio social onde o indivíduo autista se relaciona, para isso é necessário um incentivo no aprimoramento das habilidades sociais. O termo habilidades sociais se refere ao conjunto diversificado de comportamentos sociais do repertório de uma pessoa que podem contribuir para a sua competência social, levando a relacionamentos saudáveis e produtivos. (LEME et al., 2015).

AUTISMO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DO CONCEITO

Para integrar o corpo teórico da pesquisa foi feita uma revisão da literatura do tipo integrativa a fim de definir conceitos importantes para o entendimento do estudo. Por tanto para as teorias incluídas foram analisadas de forma sistemática, uma revisão bibliográfica em três bases de dados (Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, Eric e Redalyc). Os artigos selecionados foram publicados entre janeiro de 2017 a dezembro de 2021, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos aqueles que não obedeceram a estes critérios e os que apareceram repetidamente em ambas as bases. Os termos chaves para a pesquisa bibliográfica foram: autism (autismo), social cognition (cognição social) e social skills (habilidades sociais). Assim, com o intuito de compreender o TEA de modo mais dimensionado, deve-se entender primeiro que o conceito do transtorno sofreu muitas alterações ao longo do tempo. A primeira vez que o termo autista foi utilizado foi em 1911 por Eugen Bleuler, que o descreveu como uma fuga da realidade concreta para um mundo interior, essa conceituação foi feita a partir da observação de Bleuler com pacientes esquizofrênicos. Após essa conceituação o termo aparece novamente em 1943, por Leo Kanner, que caracteriza a dificuldade de socialização, as estereotípias e as ecolalias, presentes em alguns pacientes como “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo”, fazendo assim uma diferenciação do diagnóstico da esquizofrenia.

Na mesma época das considerações de Kanner, em 1944, Hans Asperger concluiu que a causa do autismo era possivelmente genética, pelo fato de ter encontrado traços incomuns nos pais ou em alguns parentes das crianças (MEIRELES et al., 2020). Ele definiu o distúrbio como Psicopatia Autística. Nos anos 1950 e 1960, a hipótese de “mãe-geladeira” era comumente apresentada para explicar o distanciamento emocional dos pais sendo fator causador do autismo. Em 1951 a Associação Americana de Psiquiatria publica a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-1, onde os sintomas de autismo estavam expressos como esquizofrenia infantil. Somente em 1994, no DSM-4 que a Síndrome de Asperger foi incluída nos critérios para diagnósticos.

Ao decorrer do tempo novas pesquisas foram sendo feitas para aprimorar o conceito de autismo, até que em 2014, no DSM-5, um novo transtorno foi incluído no manual, o Transtorno do Espectro Autista que é um transtorno do neurodesenvolvimento que possui como critérios diagnósticos déficits persistentes na comunicação social e na interação social em contextos diversos, padrões de comportamento restritos e repetitivos (MEIRELES et al., 2020). De acordo com a pesquisa realizada, é possível inferir que quanto mais comprometimento houver em comunicação e interação social, mais déficits serão apresentados em percepção social, cognição social e comunicação social, o que pode ser ratificado em pesquisas anteriores sobre a temática.

A hipótese de que haja uma falha cognitiva que justifique os prejuízos sociais e de comunicação dos portadores de autismo também é abordada por diversos autores, que propuseram o estudo da Teoria da Mente como alternativa para se entender as falhas sociais dos indivíduos autistas (TAMANAHARA et al., 2008). Trazendo alguns marcos legais, para a consolidação da temática do TEA, em 2007 a Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu o dia 2 de abril como o Dia Mundial da Conscientização do Autismo, trazendo uma data para o calendário mundial de forma a chamar atenção da população para a causa. E em 2012, no Brasil, foi sancionada a Lei Berenice Piana (nº 12.764/12), que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Este foi um marco legal relevante para garantir direitos aos portadores de TEA (FUNDAÇÃO JOSÉ LUIZ EGYDIO SETÚBAL, 2020).

Ao entender as perspectivas cognitivas deficitárias e o aprimoramento do diagnóstico do transtorno, fica evidente a importância da interação social para a consolidação de comunicação, linguagem e outros fatores necessários para a socialização. Urie Bronfenbrenner, foi um dos pesquisadores que se

debruçou em estudos para entender como o meio social que um indivíduo se relaciona pode interferir e impactar a socialização futura.

Desde as últimas décadas do século XX até os tempos atuais, vem crescendo paulatinamente a preocupação acerca dos estudos do desenvolvimento humano correlacionados com as habilidades sociais e como elas podem ou não interferir em uma maior desenvoltura socioemocional de um indivíduo. Um teórico que estudou esse tema foi Urie Bronfenbrenner, que desde a década de 1940 já demonstrava interesse em pesquisar sobre a importância do ambiente no desenvolvimento humano.

Pode-se perceber que em um curto espaço de tempo após essas pesquisas de Bronfenbrenner há o surgimento de um conjunto de abordagens preocupadas em ampliar a definição de desenvolvimento humano, ou seja, considerar a interação das dimensões biológica, cognitiva, afetiva e social (LEME et al., 2015). Assim, após algumas modificações e considerações acerca do tema, em 1999, Urie Bronfenbrenner cria o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (MBDH), um modelo dinâmico e sistêmico para explicar o desenvolvimento humano ao longo do tempo. O MBDH expressa o desenvolver incluindo as perspectivas biológica, psicológica e social que envolvem aquele sujeito.

O modelo pode explicar o desenvolvimento a partir da interação de quatro dimensões, a pessoa, o processo, o contexto e o tempo. A primeira dimensão – pessoa – pode ser entendida como biopsicossocial, ou seja, engloba tanto as características biológicas e psicológicas inerentes a aquele indivíduo quando as características sociais adquiridas no decorrer da vida, as características biopsicológicas da pessoa são tanto produtos quanto produtoras de seu desenvolvimento (LEME et al., 2015). O processo se dá mediante o que Bronfenbrenner chama de processos proximais, como o indivíduo se relaciona com o seu ambiente e como isso se desenvolve ao longo da vida. Já o contexto pode ser mais abrangente, pois interage por intermédio de sistemas interligados (micro-, meso-, exo-, macro- e cronossistema) que se relacionam a partir das experiências do sujeito. A última dimensão é o tempo, cronossistema, e pode ser entendido como as mudanças que acontecem durante a vida e que modificam o desenvolvimento de uma forma global, ou em um aspecto mais particular acontecendo em cada fase da vida.

Nota-se que MBDH, permite uma análise contínua do desenvolvimento humano, onde cada fase tem seu valor, mas contribui para algo maior, um desenvolvimento pleno. Para o trabalho, irá se deter uma explicação mais detalhada acerca da dimensão do contexto e como ele poderá se

relacionar com a criação e evolução das habilidades sociais. Como dito anteriormente, o contexto pode ser dividido em sistemas interligados, o microsistema, é o mais básico, o inicial, onde o desenvolvimento ocorre através das relações diretas, na escola, na família, até o trabalho na fase adulta, essa fase é onde ocorrem os processos proximais. O mesossistema, é formado por um conjunto de microsistemas, porém em uma interação exógena, entre ambientes, seria a vizinhança, o local de trabalho como um todo. O exossistema, não está relacionado só com as relações diretas, mas as indiretas também, então envolve a comunidade e a sociedade por um inteiro. O macrosistema, é a última instância, por isso abrange aspectos mais complexos como política, educação que afetam de forma indireta as relações e o desenvolvimento humano.

Portanto, pode-se entender como o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano é abrangente e o quanto a consciência de um processo biopsicossocial está intimamente ligada à explicação. O desenvolvimento implica não só as relações de múltiplas pessoas em seus ambientes próximos (microsistemas e mesossistemas), como também as influências de contextos remotos (exossistemas e macrosistemas) (LEME et al., 2015).

Dessa forma, quanto mais um indivíduo tiver uma boa estimulação em seus ambientes próximos mais irá conseguir desenvolver-se nos contextos remotos. Se observar a explanação sob a olhar do desenvolvimento infantil, quanto mais uma criança tiver um ambiente que a desenvolva, a motive e que a faça criar habilidades sociais, mais ela consegue se relacionar com o ambiente. Habilidades sociais estimuladas, geram novas habilidades sociais, e assim a criança consegue criar um repertório social robusto. Tais habilidades são expressas em comportamentos necessários a uma relação interpessoal bem-sucedida, conforme características de cada cultura (LEME et al., 2015).

Após uma breve explanação dos principais conceitos e implicações sobre o autismo e como ele impacta no desenvolvimento, verifica-se a relevância dos estudos que aproximam a teoria e a prática, como os que apresentam a observação das peculiaridades do TEA, a fim de orientar e nortear as intervenções para a melhoria da qualidade de vida das pessoas autistas e as que a circundam, assim como instrumentalizar e calcar a prática de profissionais que trabalham nessa área.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo consiste em uma pesquisa aplicada de natureza observacional e abordagem quantitativa exploratória e descritiva para obtenção de informações acerca do repertório de habilidades sociais em crianças com TEA. Trata-se de um recorte de um estudo mais amplo, de delineamento quase-experimental, para desenvolvimento de uma dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de uma Universidade da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Este estudo envolveu uma amostra clínica não randomizada de sujeitos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), tendo os pais como respondentes das escalas de avaliação sobre os aspectos de habilidades sociais, de crianças e adolescentes que recebem assistência em duas instituições de tratamento multidisciplinar para este público.

A amostra de conveniência abrangeu 20 respondentes responsáveis e/ou cuidadores de crianças e adolescentes diagnosticados com TEA com faixa etária de 5 a 15 anos, de ambos os sexos, e de diversas classes econômicas que se encontravam em tratamento multidisciplinar. A pesquisa foi feita em duas instituições do município do Rio de Janeiro, uma privada e uma Organização Não Governamental (ONG). Para a inclusão na pesquisa era necessário o diagnóstico concluído de TEA e estar em tratamento multidisciplinar, a exclusão contou com os critérios de não conclusão do diagnóstico e não inserção no tratamento multidisciplinar. Nota-se que os pacientes abordados pela pesquisa já estavam inclusos nas intervenções da equipe multidisciplinar presentes nas duas instituições. A prática da intervenção multidisciplinar é muito comum nos atendimentos do TEA, pois promove maior equilíbrio e autonomia para o paciente.

O instrumento utilizado, foi a Escala de Responsividade Social, segunda edição (SRS-2) (BARBOSA et al., 2015), é uma escala com objetivo de quantificar e rastrear os traços associados ao Transtorno do Espectro Autista, além de poder classificá-los em níveis em leves, moderados ou severos. O instrumento tem 65 itens, e pode ser respondido entre 15 e 20 minutos, podendo ser preenchido por pais ou professores, em casos de adultos pode ser preenchido por pais, cônjuges, amigos ou parentes. Ele busca mensurar aspectos do comportamento de crianças, a partir de dois anos e meio, adolescentes e adultos. Os itens da escala se referem ao comportamento sociocomunicativo e são respondidos por meio de uma escala Likert de 4 pontos, onde o 1 é “algumas vezes é verdade” e o 4 é “quase sempre é verdade”.

A avaliação do instrumento pode ser feita tanto de forma mais abrangente, como específica, e organiza os sintomas em cinco subcategorias (consciência social, cognição social, comunicação social, motivação social e interesses restritos e comportamentos repetitivos), escalas compatíveis ao DSM-5 e Subescalas de Intervenção. A segunda edição da escala permite fazer uma análise por faixa etária, pois contém formulários diferentes para cada uma delas.

O SRS-2, vem mostrando ser um instrumento válido e confiável, além de poder ser utilizado como início do rastreio diagnóstico e para as intervenções tanto clínicas como ocupacionais, ajudando o raciocínio clínico e a tomada de decisão do profissional frente aos resultados da escala. O coeficiente alfa de Cronbach $\alpha=0,8$ (o nível de significância $\alpha= 0,05$).

Os participantes preencheram o instrumento no momento de sala de espera, enquanto os pacientes estavam em atendimento. A coleta foi realizada em junho de 2021. Os dados foram apurados e analisados respeitando as especificações de cada respondente e de subescalas, com estatística descritiva da apuração indicada no instrumento utilizado (escores bruto e percentis). A fim de assegurar a robustez do estudo utilizou-se o software JASP, desenvolvido pela Universidade de Amsterdã, o mesmo é gratuito e disponibilizado a pesquisadores que desejam análises estatísticas descritivas e inferenciais. Nota-se que, considerando a amostra do presente estudo ($n=20$), isto é, crianças e adolescentes com TEA, e mesmo com a pressuposição de normalidade dos dados em relação à mesma, foram empregados testes não paramétricos para tratamento estatístico visto que se refere a uma amostra reduzida. Entre eles, teste Wilcoxon para comparar grupos em relação às variáveis idade, gênero e ano escolar; e a correlação de Spearman para identificar associação entre as variáveis mensuradas pela SRS-2.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, com CAAE 47967321.2.0000.5281, o número do parecer é 4.801.352. A participação dos respondentes foi feita de forma voluntária, onde foram instruídos de forma verbal sobre os objetivos, benefícios almejados e possíveis riscos mesmo que em grau mínimo que o preenchimento poderia implicar no cotidiano do responsável. Os cuidados informados estão respaldados pela Resoluções 466 de 2012 e 580 de 2018, que assegura a privacidade, o sigilo e o direito para a interrupção da pesquisa a qualquer momento que for desejado pelos respondentes. Após as instruções necessárias os participantes preencheram individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E HABILIDADES SOCIAIS - A TEORIA DA MENTE COMO ANTÍTESE DO AUTISMO: RESULTADOS E DISCUSSÕES

No presente o estudo temos uma amostra n=20 crianças e adolescentes diagnosticados com TEA, sendo 02 meninas e 18 meninos, com faixa etária de 5 à 15 anos (MD=9,68 e DP=2,76), os pacientes envolvidos na pesquisa, os quais já se encontravam em assistência multidisciplinar e estavam ativos nas atividades de Psicologia, Psicomotricidade, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicopedagogia, onde 100% da amostra (n=20) estava assistido pela Psicologia, 45% (n=9) pela Psicomotricidade, 50% (n=10) por Terapia Ocupacional, 40% (n=8) pela Fonoaudiologia e 25% (n=5) pela Psicopedagogia.

Para sistematizar as informações acerca dos níveis de comprometimento em se tratando de criança e/ou adolescente com TEA, foi aplicada a Escala de Responsividade Social-SRS-2. Esse instrumento pode ser utilizado para diversas funções, tais como diagnóstico (rastreamento), ou para planejar intervenções dentro do espaço clínico e ocupacional de pacientes com TEA. Além disso, salienta-se que a escala SRS-2 é um auxílio necessário para o raciocínio clínico do profissional, apoiando sua tomada de decisão para avaliar e/ou reprogramar atividades da assistência multiprofissional.

Ao analisar a padronização do SRS-2, percebe-se que além dele abranger uma ampla faixa etária, avalia crianças (a partir de dois anos e meio), adolescentes e adultos, abarca três dimensões para a coleta de dados sendo elas: Idade Pré Escolar, Escolar e Adultos. A pesquisa se deteve com a amostra de padronização de crianças e adolescentes em Idade escolar, pois a grande maioria da amostra estava entre o 1º ano ao 7º ano do ensino fundamental, com a exceção de 2 participantes, um estava no Pré II e o outro estava matriculado em Classe Especial. De acordo com o Manual de Normatização e apuração da SRS-2, a amostra do presente estudo (n=20) corresponde ao parâmetro de validação exigido cuja amostra foi de 2.025 relatórios em 1.014 crianças de 4 a 18 anos, e incluiu um relatório de pais/responsáveis sobre cada criança. Perante os resultados, a classificação de níveis seria feita da seguinte forma o escore total até a pontuação 59 estaria classificado em dentro dos limites normais, o escore total entre 60 e 65 seria nível leve, já o escore total entre 66 e 75 nível moderado e escore total de 76 acima nível severo. Então ao analisar a amostra do estudo n=20 encontra-se que, 20% (n=4) dos participantes apresentaram níveis dentro

dos limites normais, 45% (n=9) apresentaram níveis leves e 35% (n=7) níveis moderados. Não houve pontuações para o nível severo dentro da amostra analisada. Conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Escala de Responsividade Social Segunda Edição-SRS-2 (n=20)

Medida	Paciente														
	1	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Percepção Social	60	56	73	50	67	58	72	60	60	54	36	54	73	58	56
Cognição Social	63	52	68	55	65	64	63	59	59	57	47	65	65	55	66
Comunicação Social	62	57	71	55	75	68	66	61	60	65	55	55	68	60	63
Motivação Social	58	55	67	50	75	61	62	58	56	60	65	55	67	64	65
Padrões restritivos repetitivos	65	71	75	55	69	67	63	63	65	65	67	63	71	65	67
Comunicação e interação social	61	56	71	54	71	64	67	60	60	61	55	58	68	60	64
Score Total	63	61	75	54	70	66	67	61	61	63	58	59	68	61	66

Fonte: As autoras, (2022)

Os dados referentes à descrição estatística do instrumento se encontram na Tabela 2. Os dados da tendência central da pesquisa têm valor de Md= 63,0. Já o MD do instrumento foi de $x=63,4$. O DP representou $\sigma = 4,7$. De acordo com os valores do teste de normalidade (Teste de Shapiro-Wilk), pode-se verificar que a distribuição da amostra é normal ($p=0,7$), contudo a amostra não é homogênea e reduzida, sendo necessário utilizar as testagens não paramétricas para a confiabilidade dos resultados. Para comparar os grupos, foi empregado Wilcoxon, um teste que considera a mediana como medida de referência na identificação da diferença entre grupos em relação a alguma variável. Neste caso, gênero, idade e ano escolar. Ao nível de significância de 0,05% houve diferença significativamente estatística apenas para as variáveis idade e ano de estudo ($p<0,001$) em todas as subescalas da SRS-2. Isso indica que tende a ver associação entre nível de

comprometimento medido na subescala, ou mesmo do escore total, com a idade e o ano escolar da criança ou adolescente com TEA na amostra do presente estudo (n=20). Além disso, para investigar a correlação das variáveis, foi empregada a correlação de Spearman (Tabela 2).

Tabela 2 - Estatísticas descritivas SRS-2 (n=20)

	Mediana	Média	Desvio Padrão	Teste de Shapiro-Wilk	P-valor Shapiro-Wilk	Mínimo	Máximo
Percepção Social	59.000	59.450	8.550	0.925	0.124	36.000	73.000
Cognição Social	63.000	61.100	6.357	0.939	0.233	47.000	72.000
Comunicação Social	61.500	62.650	5.752	0.950	0.370	55.000	75.000
Motivação Social	59.500	59.800	6.330	0.968	0.713	50.000	75.000
Padrões restritivos repetitivos	65.000	65.900	4.012	0.904	0.048	55.000	75.000
Comunicação e interação Social	61.000	62.050	4.957	0.954	0.426	54.000	71.000
Escore Total	63.000	63.400	4.773	0.967	0.701	54.000	75.000

Fonte: As autoras, (2022)

Com a utilização da testagem não paramétrica, foi possível perceber coeficientes correlatos. De acordo com a Tabela 3, é exposto que a correlação entre Percepção Social e Comunicação Social tem $\rho = 0.676$ ($p < 0.001$), caracterizando uma correlação moderada, já entre Cognição Social e Comunicação Social $\rho = 0.625$ ($p < 0.003$), o que também é considerada uma correlação moderada. Ao avaliar a relação entre Comunicação Social e Motivação Social obteve $\rho = 0.591$ ($p < 0.006$), sendo então considerada uma correlação moderada, porém ao analisar Motivação Social e Padrões Restritivos Repetitivos encontra-se $\rho = 0.470$ ($p < 0.037$) apresentando uma correlação fraca. As correlações entre Percepção Social e Comunicação e Interação Social $\rho = 0.696$ ($p < 0.000$); Cognição Social e Comunicação e Interação Social $\rho = 0.765$ ($p < 0.000$); Comunicação Social e Comunicação e Interação Social $\rho = 0.961$ ($p < 0.000$) apresentaram correlações fortes.

Nota-se que a relação entre Motivação Social e Comunicação e Interação Social teve $\rho = 0.599$ ($p < 0.005$) especificando uma correlação moderada, enquanto Padrões Restritivos Repetitivos e Comunicação e Interação Social apresentaram $\rho = 0.450$ ($p < 0.046$) obteve uma correlação fraca, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 -Correlação de Spearman

	Percepção Social	Cognição Social	Comunicação Social	Motivação Social	Padrões Restritivos Repetitivos	Comunicação e Interação Social
Percepção Social	—					
Cognição Social		—				
Comunicação Social	0.676**	0.625**	—			
Motivação Social			0.591**	—		
Padrões Restritivos Repetitivos				0.470*	—	
Comunicação e Interação social	0.696***	0.765***	0.961***	0.599**	0.450*	—

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Fonte: As autoras, (2022)

Com os resultados encontrados nesta pesquisa, pode-se observar que a correlação entre motivação social e comunicação e interação social é de 59,1% e parece estar intrinsecamente associada, isso pode ser explicado pois para haver uma boa interação social é necessário a estimulação da motivação, o MBDH explicita isso de forma robusta, em que o desenvolvimento de habilidades sociais está conectado com o ambiente primário desse indivíduo.

Nesse sentido, Bronfenbrenner pondera que o desenvolvimento humano acontece a partir de processos de interações recíprocas, progressivamente mais complexas, entre um organismo humano ativo, em evolução biopsicológica e pessoa, objetos e símbolos no seu ambiente imediato (OLIVEIRA et al., 2020). Ao trazer essa reflexão para o Transtorno do Espectro Autista, entende-se o quão importante é ter um microsistema fortalecido e estimulado, para quando esse indivíduo for inserido no mesossistema possa ter competência de se desenvolver e relacionar com outros indivíduos, obviamente no caso

do TEA com as suas particularidades de acordo com o grau de suporte necessário, mas a lógica se dá no mesmo sentido.

Fazendo um paralelo com os conteúdos já expostos, o autismo apresenta uma deficiência em certos âmbitos do desenvolvimento, como a socialização, a linguagem e o comportamento, e é por meio do aprimoramento das habilidades sociais que será possível começar a pensar em reverter esses déficits. Com um desenvolvimento saudável nas áreas biopsicossociais, como descritas por Bronfenbrenner, esse indivíduo poderá começar a romper essas barreiras. E o princípio da interação social, que mais tarde se transformará nas habilidades sociais, é a Cognição Social (CS).

A cognição social inclui mecanismos cognitivos com base na capacidade de processar o mundo social e surge na primeira infância mediante o desenvolvimento da Teoria da Mente (MAZZA et al., 2017). A CS permite a socialização do sujeito, ela oferece as bases para a interação social, inicia-se na primeira infância, principalmente no período pré-escolar, onde a criança começa a explorar novos espaços, entende um pouco melhor seus desejos e vontades. Essa abordagem é extremamente necessária na compreensão do autismo, pois, crianças com TEA apresentam um déficit em habilidades de cognição social (MAZZA et al., 2017).

Como dito anteriormente, uma das dimensões da Cognição Social é a Teoria da Mente, muito debatida atualmente principalmente dentro do viés do autismo. A Teoria da Mente (ToM) tem a hipótese de desempenhar um papel crucial na interação bem-sucedida, permitindo que os indivíduos assumam a perspectiva de outros e se envolvam em atividades sociais complexas (ELLIS et al., 2020). A ToM, permite que o sujeito se coloque no lugar do outro, através do que se caracteriza como empatia, preveja ações em vários contextos, veja o mundo sobre uma ótica que não é sua. É um sistema complexo que permite a compreensão do comportamento em termos de seus objetivos, as crenças que os orientam, as emoções associadas e assim por diante (MECCA et al., 2016).

Pode-se notar que em autistas a ToM não é desenvolvida corretamente, há uma dificuldade em antecipar, reagir aos estados mentais dos outros, não ocorre a aceitação de novos pontos de vista, novas perspectivas, não há uma distinção entre o eu e o outro. A ToM desempenha um papel chave no desenvolvimento de habilidades sociais, e a falta dela em crianças com autismo altera sua competência social (ROSSELLO et al., 2020).

A Teoria da Mente é construída no transcórre da vida, ela não é uma característica totalmente inerente, e é através de bons relacionamentos e uma boa interação com o meio externo que ela é construída e cada vez mais aprimorada. Por isso o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento

Humano se faz tão presente dentro desta discussão, pois as dimensões do microssistema, devem estar bem sustentadas e trabalhadas, para que permita uma interação mais genuína. Se desenvolver a habilidade da ToM é compreender a perspectiva social e afetiva do outro, então se torna menos enigmático aprender o dilema de pessoas com TEA ao conviver num mundo essencialmente linguístico e sociável (BOSA et al., 2016).

A ToM é o centro do déficit social em indivíduos com autismo, porque liga a atenção conjunta e o reconhecimento base das emoções e habilidades subsequentes, como criar relacionamentos e subsequente inclusão social (ORTEGA, 2018). Por isso a importância em se explorar a estimulação da Teoria da Mente, ela estando trabalhada ajuda no desenvolvimento das competências sociais e na manutenção das relações sociais, fazendo assim uma diminuição nas defasagens e contribuindo também para a consolidação da cognição social. Por essa razão, pode-se entender a Teoria da Mente como a antítese do TEA, pois elas realmente não existem em conjunto, mas podem existir através do treinamento das habilidades sociais, que começa desde o mais primordial, dentro de casa, na escola para garantir uma sólida interação em ambientes mais completos e externos.

Francesca Happé, uma neurocientista da parte mais cognitivista, conceituou de forma muito pertinente as angústias vivenciadas por autista em mundo totalmente socializável com é o nosso:

Se as pessoas com autismo não têm habilidades para pensar sobre pensamentos, tanto os seus como os dos outros, então elas são como estrangeiros em uma terra estranha porque o mundo em que habitamos é um mundo social (...) deve ser um lugar aterrorizante, imprevisível. Não é de surpreender que a criança com autismo frequentemente lute contra ele, ou escape dele física ou mentalmente (BOSA et al., 2016, p. 245).

O estudo de campo feito no presente trabalho corrobora com pesquisas antecedentes (CHEUNG et al., 2017; ELLIS et al., 2020; MAZZA et al., 2017), pois nele há a hipótese de que se há a possibilidade de comprometimento direto entre Comunicação Social, Percepção Social e Cognição Social, com respectivamente 69,6%, 76,5% e 96,1% de correlação entre as variáveis, portanto considerando a amostra, é possível inferir que quanto mais déficits uma dimensão sociocognitiva apresentar, mais as outras também estarão comprometidas. Logo, com base na peculiaridade de uma amostra de crianças e adolescentes diagnosticadas com TEA, isso legitima que a cognição social está relacionada à previsão de comportamentos, sinais e sentimentos.

Portanto, a partir de toda a explicação apresentada, é possível compreender que por mais que tenha havido muitas alterações no conceito do Transtorno do Espectro do Autismo, hoje sua definição está mais clarificada e através dela, pode-se pensar em estratégias que possam minimizar os problemas enfrentados por autistas. Uma dessas estratégias é a estimulação das habilidades sociais, através do modelo de Bronfenbrenner, contribuindo para o aprimoramento da Teoria da Mente, além do estabelecimento de uma sólida cognição social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os debates sobre o Transtorno do Espectro Autista vêm crescendo nos últimos anos, em razão da seriedade e abrangência com que esse tema proporciona a pesquisa. O TEA é caracterizado por transtorno do neurodesenvolvimento que possui uma tríade de déficits: comunicação, socialização e linguagem acarretando prejuízos no desenvolvimento do indivíduo. O conceito já sofreu muitas mudanças ao decorrer do tempo, a primeira vez que apareceu no cenário acadêmico foi em 1911 por Eugen Bleuler para caracterizar a fuga da realidade, era utilizado apenas o termo autista. Contudo, foi somente em 2015 após a publicação do DSM-5 que houve a solidificação do conceito do diagnóstico para esse já supracitado.

Como já dito anteriormente um dos prejuízos acarretados pelo autismo é no âmbito da socialização. Para ocorrer esse processo social são necessários alguns procedimentos, como interação social, percepção, motivação, empatia, que são conceitos relacionados com a Teoria da Mente (ToM), que é um dos braços da Cognição Social. Sabe-se que o TEA não tem bem desenvolvido a ToM, e por isso são observados os prejuízos no âmbito da socialização. Para ajudar a minimizar as perdas desse processo, uma das saídas é o desenvolvimento e treinamento das habilidades sociais, aqui no trabalho, apresentado pelo Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, de Bronfenbrenner.

O objetivo do estudo da pesquisa é tentar compreender como as habilidades sociais podem ser desenvolvidas em indivíduos acometidos por autismo e como a contribuição da Teoria da Mente e da Cognição Social podem ser úteis nesse processo. Ao considerar os objetivos propostos para a realização desta pesquisa, bem como a questão que norteou o trabalho, percebe que eles foram alcançados e contemplados, porém as possibilidades de entendimento acerca da temática não foram esgotadas, pois o tema é muito rico e necessita de novas discussões sobre ele. A pesquisa apresenta

apenas alguns aspectos relativos ao tema proposto pelo estudo, que ficaram restritos ao olhar e a à abordagem dados pela autora.

Para que o trabalho não se limitasse à teoria, realizou-se um recorte de um estudo mais amplo para desenvolvimento de uma dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* de uma Universidade da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa limitou a uma amostra de 20 participantes com faixa etária de 5 a 15 anos, de ambos os sexos, que já se encontravam em assistência multidisciplinar e com o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Utilizou a Escala de Responsividade Social – Segunda Edição (SRS2) que tem a finalidade de rastrear e quantificar os traços associados ao TEA. Ao realizar uma análise crítica dos resultados da pesquisa, identifica-se algumas considerações, é possível inferir que quanto maior comprometimento em comunicação e interação social, mais déficits serão apresentados em percepção social, cognição social e comunicação social. Além disso, observar-se que a correlação entre motivação social e comunicação e interação social parece estar intrinsecamente associada, podendo então levar a hipótese de que se há a possibilidade de comprometimento direto entre comunicação social, percepção social e cognição social, considerando a amostra, é possível inferir que quanto mais déficits uma dimensão sociocognitiva apresentar, mais as outras também estarão comprometidas.

Por fim, identifica uma escassez científica com as variáveis correlacionadas, autismo, habilidades sociais e cognição social, podendo gerar uma nova oportunidade para novas discussões acerca do tema, para cada vez mais enriquecer o debate. Além de destacar que as considerações geradas nessa pesquisa não podem ser generalizadas, pois a amostra foi pequena e não gera significância ao relacionar com um universo maior de pessoas. Outro aprimoramento que pode ser buscado em novas pesquisas é a utilização de uma amostra com faixa etária mais ampla, a maior parte dos estudos, incluindo esse, é feito com crianças e adolescentes em idade escolar, desamparando as reflexões com as outras faixas etárias que também merecem um estudo sobre a temática.

Considera a importância de buscar uma aproximação entre a teoria e a prática, para assim poder nortear e orientar melhorias para o desenvolvimento e qualidade de vida de pessoas autistas, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva e justa. Podendo também ser objeto fundamental na atuação dos profissionais da área. Enfim, essas novas discussões e muitas outras estarão a partir de agora abertas aos trabalhos que ainda virão.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed, 2014.

BARBOSA, I. G.; RODRIGUES, D. H.; ROCHA, N. P.; SIMÕES-E-SILVA, A. C.; TEIXEIRA, A. L.; KUMMER, A. Propriedades psicométricas da Escala de Responsividade Social-2 para Transtornos do Espectro Autista. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(3), p. 230-237, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000083>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/KVvxKNpv5fPhkhn5vQbjCd-G/?lang=pt>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

BOSA, C. A.; BACKES, B.; ZANON, R. Cognição social e transtorno do espectro do autista. In: T. P. Mecca, N. M. Dias, A. A. Berberian (Orgs.). *Cognição Social: teoria, pesquisa e aplicação*. Memnon, p. 236-245, 2016.

CHEUNG, P. P. P.; SIU, A. M.; BROWN, T.; YU, M. A social-cognitive intervention program for adolescents with autism: a pilot study. *Journal Of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 11(1), p. 37-48, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/19411243.2017.1408442>.

ELLIS, K.; LEWINGTON, P.; POWIS, L.; OLIVER, C.; WAITE, J.; HEALD, M.; APPERLY, I.; SANDHU, P.; CRAWFORD, H. Scaling of Early Social Cognitive Skills in Typically Developing Infants and Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 50(11), 3988-4000, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7557487/>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

FUNDAÇÃO JOSÉ LUIZ EGYDIO SETÚBAL. O que é o Autismo? Marcos Históricos. 2020. Disponível em: <https://autismoerealidade.org.br/o-que-e-o-autismo/marcos-historicos/>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

GLIGIO, A. C. A.; BOGGIO, P. S. Habilidades Sociais. In: E. C. Macedo, P.S. Boggio (Orgs.), *Neurociências e Psicologia aplicadas à vida cotidiana*. Makenzie, p. 35-46, 2016.

LEME, V. B. R.; PRETTE, Z. A. P. del; KOLLER, S. H.; PRETTE, A. del. Habilidades sociais e o modelo bioecológico do desenvolvimento humano: análise e perspectivas. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), p. 181-193, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015aop001>.

MAZZA, M.; MARIANO, M.; PERETTI, S.; MASEDU, F.; PINO, M. C.; VALENTI, M. The Role of Theory of Mind on Social Information Processing in Children With Autism Spectrum Disorders: a mediation analysis. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 47(5), p. 1369-1379, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3069-5>.

MECCA, T. P.; DIAS, N. M.; BERBERIAN, A. A. Cognição Social. In: T. P. Mecca, N. M. Dias, A. A. Berberian (Orgs.), *Cognição Social: teoria, pesquisa e aplicação*. Memnon, p. 10-23, 2016.

MEIRELES, C. E. N.; ROSA, L.; ANACLETO, G. M. C.; ALCÂNTARA, L. S. Autismo: uma revisão integrativa. *Revista Científica Umc*, 5(3), p. 1-3, 2020. Disponível em: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/viewFile/1474/926>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

OLIVEIRA, F. A.; IRFFI, G.; CORREIA, L. L.; YING, L. M.; LINDSAY, A. C.; MACHADO, M. M. T. Competências socioemocionais no contexto do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: G. H. C. Ferreira (Org.). *As ciências humanas como protagonistas no mundo atual* Atena, p. 174-185, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.57520220515>.

ORTEGA, V. R. Empatía en autismo: concepto y medición. *Revista Cs*, (25), p. 191-211, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18046/recs.i25.2707>.

ROSELLO, B.; BERENGUER, C.; BAIXAUL, I.; GARCÍA, R.; MIRANDA, A. Theory of Mind Profiles in Children With Autism Spectrum Disorder: Adaptive/Social Skills and Pragmatic Competence. *Frontiers In Psychology*, 11, Artigo 567401, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567401>.

TAMANAH, A. C.; PERISSINOTO, J.; chiari, B. M. (2008). Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13(3), p. 296-299, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/4R3nNtz8j9R9kgRL-nb5JNrv/?lang=pt>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

Desenvolvimento de habilidades e competências socioemocionais de professores: um complexo desafio

*Vanessa Senna Guingo
Luiza Senna Guingo
Luciana Xavier Senra*

Gerenciar emoções, alcançar objetivos, demonstrar empatia, manter relações sociais positivas, tomar decisões de maneira responsável, tornar-se resiliente, desenvolver amabilidade, são habilidades e competências que são aprendidas tanto para crianças, como para adultos. Desenvolver competências e habilidades socioemocionais atualmente se tornou ainda mais relevante, tendo em vista que a Base Nacional Comum Curricular, em 2017, delineou tais competências como sendo necessárias no ambiente escolar, para contemplar o desenvolvimento integral dos alunos do ensino básico. Com o evento pandêmico da covid-19, tornou-se ainda mais necessário.

Tais competências são capacidades individuais que se manifestam nos modos de pensar, sentir e nos comportamentos ou atitudes para se relacionar consigo mesmo e com os outros, estabelecer objetivos, tomar decisões e enfrentar situações adversas ou novas. A Educação Socioemocional em seu mais amplo conceito chega como protagonista dos trabalhos realizados como formação direcionada aos atores escolares. No aprofundamento sobre o tema, observou-se que no Brasil as pesquisas relacionadas à temática socioemocional vêm crescendo. Nessa perspectiva, o protagonismo docente neste processo se faz presente. Ao olhar para esse conceito estabelecido, se torna coerente o entendimento acerca da necessidade de o próprio professor desenvolver suas capacidades e competências socioemocionais, uma vez que ele é peça fundamental no processo de desenvolvimento integral do seu aluno. Portanto, se torna totalmente relevante identificar se esse agente promotor de competências socioemocionais, identifica-se capacitado para tal, considerando

sua formação, e se sua percepção é ampliada acerca da necessidade de propagar e ensinar competências socioemocionais a seus alunos. Diante desse questionamento, se faz importante refletir sobre o constructo dos conceitos e premissas acerca das habilidades e competências socioemocionais.

COMPETÊNCIA SOCIOEMOCIONAL: ALGUNS CONCEITOS E PREMISSAS NORTEADORAS

O constructo competência socioemocional tem sido destacado na literatura pela sua relação com a qualidade do desenvolvimento e ajustamento social e emocional de crianças e adolescentes, contribuindo tanto para a promoção quanto para a avaliação do nível de prazer e bem-estar ao longo da vida. Constatase, entretanto, uma pluralidade em relação à forma como tem sido definido e avaliado nos estudos.

Faz-se necessário considerar que dentre os principais conceitos associados à competência socioemocional, destacam-se a inteligência emocional (FREDERICKSON et al., 2012; GOLEMAN, 1995; MAVROVELI & SÁNCHEZ-RUIZ, 2011; MAYER & SALOVEY, 1997); a aprendizagem socioemocional (DURLAK et al., 2011; SANTOS & PRIMI, 2014); a competência social (NARANJO-MELÉNDEZ, 2006; RENDÓN-ARANGO, 2007) a competência emocional (DE OLIVEIRA PAVÃO, 2003, GOLEMAN, 1995, PÉREZ-ESCODA et al., 2012), as habilidades sociais (DEL PRETTE et al., 2004); as habilidades socioemocionais (ABED, 2016); as habilidades não-cognitivas (ABED, 2016; BEUCHAMP & ANDERSON, 2010; SANTOS & PRIMI, 2014); e a regulação emocional (LOPES et al., 2005). Considerando que a literatura sinaliza o constructo de competências socioemocionais como associado a conceitos relativos à inteligência, habilidades e competências e suas variações, é imprescindível entender o construto inteligência emocional e as habilidades inerentes a ele.

O termo “inteligência emocional” foi utilizado pela primeira vez em um artigo com o mesmo nome, no qual é apresentado como uma subclassificação da Inteligência Social, cujas habilidades estariam relacionadas ao “monitoramento dos sentimentos e emoções em si mesmo e nos outros, na discriminação entre ambos e na utilização desta informação para guiar o pensamento e as ações” (SALOVEY & MAYER, 1990, p. 187, tradução nossa). A construção do conceito de Inteligência Emocional (IE) foi originariamente desenvolvida por Salovey e Mayer (1990) que, partindo dos princípios estudados por Gardner (1983), elaboraram um modelo teórico, que define a IE como a maneira de vincular a emoção à inteligência, almejando o encontro de soluções para problemas (FLORES & TOVAR, 2005; MAYER & SALOVEY, 1997). Dessa forma, a IE se propõe a unificar o entendimento das emoções e das funções cognitivas, contrariando a teoria que propõe a separação entre razão e emoção (REGO & FERNANDES, 2005). Ela deixou de ser um construto

referido apenas no meio científico, quando o jornalista Goleman publicou seu livro intitulado *Inteligência Emocional*, tornando-a conhecida como um importante preditor de sucesso (MAYER, 2001). Nesta obra a IE é destacada como um construto que pode ser apreendido, possibilitando a regulação emocional, a inibição dos impulsos, a motivação e a persistência frente a frustrações, além do desenvolvimento da empatia e da esperança (GOLEMAN, 1995).

Inicialmente, Goleman (1995), baseado nos estudos de Salovey e Mayer, definiu a IE em cinco categorias: autoconhecimento, autocontrole, automotivação, reconhecimento das emoções nos outros e habilidade em relacionamentos interpessoais. Contudo, mais tarde em publicações nas quais a IE aparece voltada especificamente a algum contexto, como o empresarial, por exemplo, esta é apresentada em quatro categorias, a saber: autoconsciência, autocontrole, consciência social e gestão de relacionamentos interpessoais (GOLEMAN et al., 2007). Destaca-se que, apesar da impactante popularização do termo IE, Goleman (1995) foi alvo de críticas por parte da comunidade científica, especialmente devido à linguagem utilizada para abarcar um conceito considerado complexo e que já era bastante estudado (MARIN et al., 2017).

Embora as publicações de Goleman sejam as mais divulgadas, no âmbito acadêmico o Modelo de Inteligência Emocional de Salovey e Mayer (SALOVEY & MAYER 1990; MAYER & SALOVEY, 1997) e o modelo de Inteligência Social e Emocional de Bar-On (1997) são os mais difundidos devido ao rigor teórico e empírico referente à formalização do conceito e aos instrumentos desenvolvidos para sua avaliação e mensuração (ANDRADE et al., 2008). Compreende-se que este modelo emerge dos processos psicológicos básicos, estabelecendo que é fundamental desenvolver habilidades socioemocionais para o desenvolvimento intelectual (GONZÁLEZ et al., 2010). Apesar disso, indica-se que as distintas teorias se complementam e, principalmente, que a IE é um construto associado à competência socioemocional (ANDRADE et al., 2008; FREDERICKSON et al., 2012; MAVROVELI & SÁNCHEZ-RUIZ, 2011).

Habilidades e competência socioemocional e a IE estão associadas ao que, atualmente, é conceituado como habilidades sociais, compreendidas como um conjunto de repertório comportamental adequado a diferentes situações e contextos que contribuirão para o desempenho socioemocional (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2007). As habilidades sociais consistem em comportamentos que expressam sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e direitos que devem ser adequados à situação, auxiliando na solução de problemas imediatos e também na minimização da probabilidade de futuros problemas. As habilidades estão distribuídas em classes que são interdependentes e complementares e estão organizadas nas seguintes categorias: autocontrole e expressividade emocional,

civilidade, empatia, assertividade, fazer amizades, solucionar problemas interpessoais e habilidades sociais acadêmicas (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2001).

As habilidades sociais são diversas, como, por exemplo, iniciar e manter conversações, falar em público, expressar amor, agrado e afeto, defender os próprios direitos, pedir favores, recusar pedidos, solicitar mudança no comportamento do outro, enfrentar críticas, entre outros (CABALLO, 2003). O uso do termo socioemocional associado às habilidades se refere àquelas que se formam por meio do desenvolvimento das relações interpessoais e afetivas, aliada a forma como a pessoa percebe, sente e nomeia a associação entre situações e comportamentos (BOLSONI-SILVA, 2002; CABALLO, 2014). Tais habilidades se modificam conforme a interação com o meio social, por isso podem ser objeto de intervenção específica, visando a uma melhor funcionalidade do sujeito (LOPES, 2005). Assim, as habilidades socioemocionais, sendo um conceito não estático, auxiliam no bom desempenho socioemocional frente a necessidade de identificar problemas desta dimensão bem como comportamentos associados (MURRAY et al., 2010; SILVA et al., 2017; THAMILSELVAN et al., 2015).

Uma das perspectivas que abarca o desenvolvimento socioemocional é a teoria histórico-cultural de Vygotsky (2010), compreendendo-o como “a interligação de um sistema de reações influenciado pelo meio social em que cada sujeito está inserido” (PISKE, 2013, p. 12). Nesse ponto de vista, o desenvolvimento socioemocional aponta para o caráter social aprendido e das emoções que, por sua vez, suscitam pensamentos e ações. Com base nesta perspectiva, Piske (2013) afirma que o desenvolvimento socioemocional se refere às vivências que os indivíduos apresentam em seu contexto histórico e cultural, as quais envolvem sentimentos e emoções, caracterizando-o como um fenômeno com um propósito, sentido e significado social.

Considerada o primeiro contexto de inserção, a família atua como mediadora das relações sociais, sendo responsável pela transmissão de valores e crenças presentes na sociedade (DESSEN & POLÔNIA, 2007), por meio de cuidados parentais, práticas educativas e estilos parentais (ALVARENGA et al., 2016; MARIN et al., 2012). Essa transmissão pode sofrer influência da qualidade da comunicação mãe-criança (LAIBLÉ, 2011) e do clima familiar, que engloba dimensões como coesão, conflito e hierarquia (TEODORO et al., 2009), aspectos que têm sido destacados na literatura como associados ao desenvolvimento socioemocional. Contudo, apesar de o sistema familiar exercer função central no desenvolvimento dos indivíduos, à medida que as crianças crescem e se inserem em novos contextos, lhe são possibilitadas novas experiências socioemocionais e cognitivas que também contribuem para o desenvolvimento socioemocional saudável (PETRUCCI et al., 2016).

Nesse sentido, o contexto escolar também passa a ser apontado como promotor do desenvolvimento socioemocional de crianças e adolescentes, contribuindo para o aprimoramento da competência socioemocional (MARIN & FAVA, 2016; PETRUCCI et al., 2016). O clima escolar pode influenciar o desenvolvimento socioemocional (PETRUCCI et al., 2016), estando associado a adaptação escolar (ZULLIG et al., 2011) e as habilidades sociais (MARIN & FAVA, 2016). De acordo com Petrucci et al. (2016), se o clima escolar for percebido como positivo, ele pode promover o desenvolvimento socioemocional dos estudantes, principalmente, daqueles em situação de vulnerabilidade. Porém, quando negativo, pode atuar como fator de risco para o desenvolvimento saudável.

Por isso, Del Prette e Del Prette (2002) indicam que o desenvolvimento socioemocional e, mais especificamente, um repertório elaborado de habilidades sociais, têm estado correlacionados de forma significativa com a saúde psicológica, aprendizagem, exercício de cidadania e sucesso pessoal e profissional.

A GARANTIA DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DO ALUNADO

A Nacional Comum Curricular (BNCC) aprovada em 2017, que norteia as propostas pedagógicas e os currículos das escolas públicas e particulares do Brasil, incluiu as competências socioemocionais como parte dos conteúdos a serem trabalhados em salas de aula, a fim de garantir não apenas o direito à aprendizagem, mas, também ao desenvolvimento humano. Isso significa que, além do crescimento intelectual, o crescimento pessoal e emocional deverá estar no foco dos trabalhos em sala de aula, desde a Educação Infantil até o Ensino Médio. O que se torna necessário é estabelecer uma visão integrada da Educação e, a partir daí considerar as emoções também como parte do processo de desenvolvimento, proporcionando a uma melhora nos índices de aprendizagem. Pensando em longo prazo, essa melhora irá refletir em pessoas aptas a enfrentar os dilemas da vida adulta e mais preparadas para os desafios do mercado de trabalho.

Alguns fatores podem favorecer e contribuir para a melhora no desempenho acadêmico dos alunos. Entre estes, as competências socioemocionais dos professores, além da facilitação do desenvolvimento de competências socioemocionais discente e um clima de sala de aula favorável à qualidade da referida relação entre professor e aluno. E ainda, a partir de estudos direcionados ao desenvolvimento de competências socioemocionais em crianças, percebe-se a importância das figuras de cuidado para o desenvolvimento saudável no contexto escolar, em especial, a importância dos professores (MORRIS et al., 2013).

A IMPORTÂNCIA DA AUTOEFICÁCIA DOCENTE NO PROCESSO DA APRENDIZAGEM SOCIOEMOCIONAL

Ensinar é uma tarefa complexa e que implica em uma série de fatores para que o produto final aconteça: a aprendizagem do aluno em seu integral desenvolvimento. Essa tarefa nem sempre é fácil, e, por vezes, os obstáculos, revezes, fracassos e frustrações acontecem. Alguns impedimentos à eficácia do ensino são: os próprios alunos, quando desmotivados, despreparados, com baixo rendimento, agrupados em turmas numerosas; as famílias que não cooperam nem participam do processo de aprendizagem de seus filhos; ausência de apoio de colegas; cansaço do professor resultante de um dia inteiro de trabalho ou pela idade avançada; baixa remuneração dos professores; vícios estruturais do ambiente escolar; e por fim, as falhas do próprio sistema em que a escola se insere. A experiência diária de quem atua nesse contexto ou interage com os docentes de qualquer nível de ensino atesta como eles são afetados por condições objetivas muito adversas. Mesmo dotados de toda a competência pedagógica exigida e dos conhecimentos pertinentes às suas disciplinas, eles sofrem frequentemente abalos emocionais, que afetam sua motivação no trabalho. Mesmo diante de adversidades impostas à prática docente, estudos têm destacado a docência como um dos mais importantes meios de promover mudanças e avaliar a aprendizagem dos alunos. O papel do professor contribui de forma decisiva para a formação dos alunos e para um ensino de qualidade (SAE, 2022).

Desta forma, o professor além de lidar com estas questões ainda precisa dar conta das demandas exigidas para a Educação Básica, tais como: promover o desenvolvimento integral do aluno em seu aspecto físico, afetivo, psicológico, intelectual e social; desenvolver a capacidade de aprender tendo domínio da leitura, da escrita e do cálculo; possibilitar que o aluno compreenda o seu ambiente natural e social, o sistema político, a economia, as tecnologias, artes, diferentes culturas e os valores que fundamentam a sociedade, entre outros (BRASIL, 2013).

Considera-se que desenvolver crenças positivas em suas capacidades e habilidades é um fator importante para um bom desempenho do professor (NINA et al., 2016). Por essa razão, levamos em consideração estudar as crenças de autoeficácia docente. A partir da perspectiva, que o professor atua como agente de mudança e transformação, apresenta-se a Teoria Social Cognitiva de Bandura (1986), em especial sobre crenças de autoeficácia. Estudos indicam que quanto maior é a crença de autoeficácia do professor, maiores são as possibilidades para alcançar sucesso em seu desempenho, proporcionando um estímulo cada vez mais elevado de motivação, possibilitando a realização pessoal e como resultado disso, o próprio bem-estar (NINA et al., 2016).

Encontrar dificuldades na trajetória em busca de objetivos é vicissitude inerente a toda atividade humana e não apenas à situação de ensino. No contexto mais amplo de preocupações pelo desempenho humano, Bandura (1997, p. 191) foi o responsável pela introdução, no campo da Psicologia, do conceito de autoeficácia, que

“consiste na atribuição de significado face à competência do próprio indivíduo; isto é, a autoeficácia diz respeito ao sentido de eficácia pessoal. Mais precisamente, as crenças de autoeficácia concernem a forma como o indivíduo avalia a sua capacidade para desempenhar determinadas ações com controle e sucesso.”

Assim, o constructo de autoeficácia, diz respeito a crença, percepção, ou expectativa das pessoas. Salienta-se também a importância de abordar a Teoria Social Cognitiva (TSC), que se constitui como uma abordagem psicológica, desenvolvida na década de 1970 por Albert Bandura. Esta busca explicar o desenvolvimento e as ações humanas” (AZZI, 2014, p. 29) E postula que, o indivíduo constitui-se pela interação com o meio. Nesse sentido, ele é produto e produtor de seu próprio ambiente e sistema social (AZZI, 2014). Bandura (1998) explica o comportamento humano dentro de um modelo de interação entre fatores pessoais, ambientais e comportamentais, denominado por ele de reciprocidade triádica. Assim sendo, o indivíduo “determina parcialmente seu ambiente e dele recebe influência” (AZZI, 2014, p. 29). Ainda segundo a autora, o indivíduo possui a possibilidade de atuar sobre seu ambiente devido à presença de quatro capacidades: a intencionalidade, o pensamento antecipatório, a autorreatividade e a autorreflexividade.

Segundo Bandura (1997) o modo como as pessoas percebem suas ações pode influenciar em seu desempenho, por exemplo, aquelas com um baixo senso de autoeficácia tendem a atribuir seus fracassos a capacidades deficientes, enquanto aquelas que têm um forte senso de autoeficácia atribuem seus fracassos a características do ambiente, não diretamente relacionadas às suas características. Em outras palavras, todo ser humano precisa perceber-se auto eficaz diante de cada desafio da vida e, ao mesmo tempo, com o controle sobre os resultados das próprias ações (BANDURA, 1986; SCHUNK, 2011).

A pesquisa de Guerreiro-Casanova e Russo (2016) apontou relações explicativas entre crenças de autoeficácia de gestores, crenças de autoeficácia docente e crenças de eficácia coletiva escolar. Indicando que formação, crença de eficácia coletiva escolar e tempo de atuação na escola, constituem-se como variáveis relacionadas à autoeficácia. Em outro estudo, Guerreiro-Casanova e Azzi (2015) analisaram associações entre autoeficácia de professores e variáveis pessoais, de atividade docente e contextuais. Dentre os resultados, constatou-se que, quando analisados de forma integrada, a autoeficácia docente, a infraestrutura

e a formação funcionam como aspectos explicativos da eficácia coletiva escolar, interferindo decisivamente na atuação do professor. Os autores destacaram as variáveis pessoais, de atividade docente e contextuais como fundamentais para a compreensão das crenças de autoeficácia no âmbito escolar.

Por seu curso, a investigação de Guerreiro-Casanova e Russo (2016) sobre autoeficácia, indicou que a autoeficácia de gestores é influenciada tanto pela quantidade de alunos por sala e por escola, quanto pela satisfação com o trabalho docente. Já aspectos pessoais, como idade e gênero revelaram pouco impacto sobre suas crenças de autoeficácia.

O tempo de experiência é uma variável importante quando se investiga as crenças de eficácia docente, podendo ou não favorecer ao professor melhores níveis de autoeficácia. O estudo de Laochite et. al. (2011) constatou que professores com mais de 21 anos de experiência demonstraram mais confiança em si próprios para motivar os alunos, comparados a professores com menos tempo de experiência. Contudo, o estudo de Alvarenga e Azzi (2013) não encontrou correlação entre autoeficácia e tempo de experiência, mas identificou que, quanto maior a titulação do docente, maior o nível de autoeficácia em sala de aula.

Existem sistemas sociais em que seus membros exercem funções de forma interdependente, bem como há sistemas em que os indivíduos operam de forma conjunta e, mutuamente dependente, visando resultados em comum. Assim, o construto de eficácia coletiva refere-se aos julgamentos dos professores de uma unidade de ensino quanto à capacidade de organização e execução do grupo docente para alcançar resultados positivos junto aos alunos. Do mesmo modo que as crenças individuais, as coletivas possuem sua origem por meio de quatro tipos de informação que envolvem experiências anteriores, sendo processadas cognitivamente, de modo a favorecer as crenças futuras (BANDURA, 1997).

Considerando todos os indicadores mencionados até então, a Psicologia da Educação pode contribuir para o entendimento sobre o aspecto psicológico presente no processo de ensino e de aprendizagem, que incrementam a formação e a atuação dos educadores. Mediante as trocas sujeito-meio, inicia-se a constituição das crenças de autoeficácia, as quais se relacionam com as crenças que a pessoa possui sobre sua própria capacidade de controlar a si mesma e os eventos de sua vida. Mais especificamente, organizar e executar cursos de ação exigidos para desempenhar uma tarefa ou atividade específica. A autoeficácia refere-se às crenças que uma pessoa possui a respeito de sua capacidade de organizar e executar cursos de ação requeridos a fim de produzir determinadas tarefas específicas em diversas áreas. Regula o comportamento humano, sendo mediadora entre cognição, emoção e motivação. Na área da docência, as crenças de autoeficácia afetam a seleção de atividades, o nível de esforço, a motivação e a perseverança face aos obstáculos, assim como os sentimentos evidenciados em situações difíceis, como

por exemplo, turmas numerosas, baixa cooperação da família, ausência de apoio da administração e dos pares, dentre outros (ANTUNES, 2008).

Bzuneck e Guimarães (2003) diferenciam crenças de ensino e crenças de eficácia pessoal. Enquanto a primeira diz respeito às expectativas dos docentes sobre os resultados a serem alcançados por eles em determinada atividade em sala de aula, as crenças de eficácia pessoal referem-se ao julgamento de suas próprias capacidades para executar ações que favoreçam o rendimento de seus alunos.

Professores com crenças funcionais, mais flexíveis e consistentes de propósito lidam melhor com situações adversas e adaptam-se mais rapidamente a mudanças como, por exemplo, mudanças curriculares e estruturais e a troca de gestores. Esses profissionais são mais comprometidos com o ensino. Eles cumprem metas e prazos e desenvolvem procedimentos mais eficazes para lidar com alunos com dificuldades de aprendizagem, propondo estratégias alternativas de ensino. São ainda mais propensos a introduzir práticas de ensino consideradas inovadoras, utilizam novas tecnologias, assumem uma postura mais democrática em sala de aula e conseguem administrar com mais sucesso fatores acadêmicos estressantes, como conflitos entre professores e alunos e entre os próprios alunos (BZUNECK & GUIMARÃES, 2003; GOYA et al., 2008; AZZI & POLYDORO, 2006; IAOCHITE et al., 2011).

A definição de autoeficácia docente é apresentada por Bandura (1997) como a crença na competência docente em organizar e realizar as ações solicitadas com o objetivo de produzir os resultados educacionais almejados. A autoeficácia dos professores emerge como uma variável relevante no contexto educativo e surge como um construto que influencia o modo como os docentes auxiliam os alunos nas suas atividades, os motivando para que aprendam e os orientando para que alcancem um desenvolvimento profissional adequado ao seu nível de aprendizado, isto é, tal crença demonstra a maneira como o professor irá organizar as atividades acadêmicas, que traria como efeito, interferir no desenvolvimento acadêmico de alunos e na avaliação sobre sua própria aptidão em aprender (NINA, 2015).

Bandura (1986) ressalta que não basta ter conhecimentos e habilidades para chegar com sucesso na realização de determinadas ações. Aceitar e ser confiante na sua própria capacidade de ensinar é um instrumento fundamental para alcançar os propósitos almejados. Neste contexto, o professor precisa acreditar que é competente para exercer sua função, que é capaz de alcançar os objetivos, metas institucionais e pessoais relacionados à sua profissão, e desenvolver uma crença positiva sobre sua própria capacidade de realizar com sucesso sua prática docente, desenvolvendo um perfil resiliente que consegue progredir de maneira positiva à situações adversas, visando a superação dos obstáculos (NINA, 2015).

Diante das reflexões sobre a construção de conceitos direcionados às competências socioemocionais, o direito do aluno quanto ao desenvolvimento

integral como premissa educacional vigente e a importância da autoeficácia docente, desenvolveu-se um estudo com professores da educação básica no município de Petrópolis com a finalidade de averiguar as implicações para a autoeficácia e para a percepção de professores no decorrer do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências e habilidades socioemocionais no contexto de sala de aula.

ESTUDO REALIZADO A PARTIR DA CAPACITAÇÃO COM OS PROFESSORES NA CIDADE DE PETRÓPOLIS /RJ: PERCURSO METODOLÓGICO E PANORAMA DOS DADOS APURADOS

O estudo aqui apresentado teve como finalidade investigar sobre a aprendizagem e o desenvolvimento de competências e habilidades socioemocionais nos professores da educação básica - anos finais (dos sextos aos nonos anos) do município de Petrópolis/RJ. Para isso, buscou-se identificar nos docentes os impactos na sua autoeficácia e percepções acerca da necessidade em promover habilidades e competências socioemocionais junto aos seus alunos. Trata-se de um recorte de uma pesquisa qualitativa de abordagem ex-post-facto para obtenção do título de mestre em psicologia da primeira autora. Nota-se que a abordagem ex-post-facto consiste em uma observação exploratória e compreensiva de fenômenos, comportamentos e atividades ocorridos em um dado contexto no qual o pesquisador não teve controle de vieses nem participação (GIL, 1999).

Os dados utilizados no estudo foram extraídos dos resultados colhidos do curso de formação e aperfeiçoamento de práticas em habilidades socioemocionais oferecido pela Secretaria de Educação de Petrópolis, por intermédio da Assessoria em Psicologia Escolar aos docentes das escolas municipais. O objetivo do curso foi levar os professores a refletirem sobre conceitos; aperfeiçoarem práticas, habilidades e competências socioemocionais, por meio de ferramentas que os auxiliassem na sua aprendizagem socioemocional; e promover bem-estar e saúde mental no ambiente escolar, possibilitando a redução dos impactos emocionais negativos que a pandemia da covid-19 ofereceu. Tal intervenção foi intitulada de Minicurso: “Aperfeiçoando práticas e habilidades socioemocionais na escola para professores dos anos finais”. Foram trabalhados temas como: saúde mental e bem-estar; autogestão; autoeficácia docente; abordagens metodológicas como o SMART, que busca transformar objetivos em metas, o qual forneceu critérios para orientar na definição de objetivos; gestão de desempenho de funcionários e desenvolvimento pessoal; fundamentos sobre Competências Socioemocionais; baú de ferramentas, com objetivo de instrumentalizá-los no ensino das competências socioemocionais; comunicação assertiva; luto; técnicas

de autorregulação; estruturação e aplicabilidade nas práticas que refletem a escola como promotora de saúde mental.

Na totalidade, participaram 56 professores, porém somente 40 responderam o formulário. Dentre eles 16 são graduados, 23 pós-graduados, 1 mestre e 1 doutor. Quanto ao tempo de formação acadêmica, 5 professores apresentavam entre 5 e 10 anos; 25 professores entre 11 a 20 anos de formação; 10 professores apresentavam mais de 20 anos de formação e apenas 1 não respondeu. No que se refere ao tempo de docência obtivemos a seguinte amostra: 8 professores que responderam ter até 10 anos de prática docente; 14 professores entre 11 a 20 anos e 19 apresentaram ter mais de 20 anos de prática profissional.

Em relação à experiência docente em outros segmentos, 37 professores disseram que possuem experiência em outros segmentos e apenas 4 professores responderam não ter experiência em outro segmento. Acerca da verificação da disponibilidade do professor em buscarem novas formações, foi observado que mais 85% buscam novas formações.

No que concerne às questões de relacionadas à saúde mental, os professores consideram dar muita atenção à sua saúde mental. Porém, em relação à sintomas de estresse mesmo que 41% dos professores identificam pouco estresse, 36% observam sintomas de muito estresse, embora também tenham relatado quanto à competência socioemocional, mais especificamente o autoconhecimento, que se consideram muito habilidosos nessa dimensão de saúde mental. Ainda nesta dimensão explorada junto aos professores, a respeito da autorregulação eles consideram que conseguem gerenciar muito bem suas emoções.

Quanto à prática docente, cerca de 46% dos professores sentem-se muito entusiasmados e revelaram que se sentem totalmente comprometidos com o exercício docente. No cenário deste comprometimento, 65% deles consideram que conhecem muito o tema habilidades e competências socioemocionais e que se sentem muito disponíveis para desenvolverem e promoverem educação sob este paradigma junto aos alunos e no contexto escolar como um todo. Além disso, ao serem perguntados sobre em que medida reconhecem as habilidades e competências socioemocionais como preditoras de autoeficácia, 97,5% entendem que, quando elas são desenvolvidas, os favorecem em competência pessoal e técnica no exercício docente.

Constatou-se deste panorama inicial do estudo que 48% dos professores buscam totalmente novas formações com frequência; 51,2% identificam que dão muita atenção à sua saúde mental; 41,5% identificam poucos sintomas de estresse; 48,8% identificam que apresentam muitas habilidades socioemocionais; 51,2% identificam possuir muita autorregulação; 46,3% sentem-se muito entusiasmados quanto à prática docente; 63,4% consideram-se totalmente comprometidos quanto à prática docente; 56,1% sentem-se totalmente capazes de ensinar; 65,9% consideram

que possuem muitos conhecimentos para trabalhar e promover habilidades e competências socioemocionais; 46,3% sentem-se aptos a realizarem o trabalho na perspectiva da educação socioemocional; 75,6% consideram totalmente que ao desenvolverem suas habilidades e competências socioemocionais serão auxiliados em sua autoeficácia.

Apesar dos resultados aferidos apresentarem percentuais favoráveis quanto à percepção docente de suas habilidades e competências socioemocionais e autoeficácia, nota-se que na prática, o professor demonstra poucas mudanças que refletem os conceitos e premissas apresentadas neste estudo, e dessa forma, não atingem ao desenvolvimento integral de seus alunos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discorrer sobre o desenvolvimento de habilidades e competências socioemocionais de professores, é um complexo desafio, sobretudo por se tratar de um tema interdisciplinar, envolvendo saúde mental e processos educativos. Contudo, essa complexidade não exime profissionais e pesquisadores de se implicarem com a proposição de propostas que unam pesquisa e capacitação profissional.

Por meio do estudo relatado neste capítulo entende-se que a temática habilidades e competências socioemocionais no contexto educacional tende a ser uma proposta cuja finalidade possa ser diminuição ou a amenização das diversas desigualdades que estruturam e atravessam a escola; assumindo o paradigma da interseccionalidade, porém, ampliando-o para além do que o inaugurou na década de 1980, levando em conta que é no ambiente escola e no contexto educacional onde se consolidam, muitas vezes, as relações de dominação, os preconceitos, os estereótipos e os choques geracionais de diversas matizes e que tanto ferem a saúde mental, emocional e social das pessoas.

Pensar e promover habilidades e competências socioemocionais no âmbito da saúde mental e da educação é uma tentativa de viabilizar ações e políticas específicas que interrompam opressão, situações de violência direta e indireta, a dinâmica do adoecimento ocupacional docente; e que incentivem, de fato, um ambiente escolar e o clima educacional competentes e capazes de incentivar interações sociais e interpessoais mais qualitativas, pró sociais e gregárias, em que o vínculo e a proximidade sejam o norte dessas relações na e com a educação.

REFERÊNCIAS

ABED, A. L. Z. O desenvolvimento das habilidades socioemocionais como caminho para a aprendizagem e o sucesso escolar de alunos da educação básica. *Construção Psicopedagógica*, 24(25), p. 8-27, 2016. Disponível em: http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1415-69542016000100002. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

ALVARENGA, P. A.; WEBER, L. N. D.; BOLSONI-SILVA, A. T. Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), p. 4-21, 2016. DOI: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.827>.

ALVARENGA, C. E. A.; AZZI, R. G. Relações significantes entre autoeficácia computacional docente e variáveis pessoais e contextuais: Um estudo com professores brasileiros. *Educação, formação e tecnologias*, 6(2), p. 50-67, 2013. Disponível em: <http://eft.educom.pt/index.php/eft/article/view/316>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

ANDRADE, N. F.; NTA, Garcia; E., GARGALLO I. S. A inteligência emocional no âmbito acadêmico: Uma aproximação teórica e empírica. *Psicologia Argumento*, 26(52), p. 11-22, 2008. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-40968>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

AZZI, R. G. *Introdução à Teoria Social Cognitiva. Série Teoria Social Cognitiva em Contexto Educativo*. Casa do Psicólogo, 2014.

AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. J. *Autoeficácia em diferentes contextos (1ª ed.)*. Alínea.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice-Hall, 2006.

BANDURA, A. The anatomy of stages of change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), p. 8-10, 1997. DOI: <https://doi.org/8-10.10.4278/0890-1171-12.1.8>.

BAR-ON, R. *BarOn emotional quotient inventory: A measure of emotional intelligence*. Multi-health systems, 1997.

BEUCHAMP, M.; ANDERSON, V. Social: an integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136(1), p. 39-64, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0017768>.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6(2), p. 233-242, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v6i2.3311>.

BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Conselho Nacional da Educação. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/julho-2013-pdf/13677-diretrizes-educacao-basica-2013-pdf/file>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

BZUNECK, J. A.; GUIMARÃES, S. E. R. Crenças de eficácia de professores: validação da escala de Woolfolk e Hoy. *Psico-USF*, 8(2), p. 137-143, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/bY88RLzL9Dyb8YLQ9KfzSKx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

CABALLO, V. E. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. Santos, 2003.

_____. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. Santos, 2014.

GONZÁLEZ, R. C.; RUIZ-ARANDA, D.; FERNANDEZ-BERROCAL, P. Docentes emocionalmente inteligentes. *Revista Eletrônica Interuniversitária de Formación del Profesorado*, 3(1), p. 41-49, 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3163455>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

DE OLIVEIRA PAVÃO, S. M. Competência emocional: un enfoque reflexivo para a prática pedagógica [Tese de Doutorado]. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra-Espanha, 2003. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=4683>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo. Vozes, 2001.

_____. Avaliação de habilidades sociais de crianças com um inventário multimídia: Indicadores sociométricos associados à frequência versus dificuldade. *Psicologia em Estudo*, 7(1), p. 61-73, 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-390805>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

_____; BARRETO, M. C. M.; BANDEIRA, M.; RIOS-SALDAÑA, M. R.; ULIAN, A. L. A. O.; VILLA, M. B. Habilidades sociais de estudantes de

Psicologia: um estudo multicêntrico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), p. 341-350, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000300007>.

_____. Aprendizagem socioemocional na infância e prevenção da violência: questões conceituais e metodologia da intervenção. In: Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Eds). *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem*. Alínea, p. 83-128, 2007.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 17(36), p. 21-32, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100003>.

DURLAK, J. A.; WEISSBERG, R. P.; DYMNIKI, A. B.; TAYLOR, R. D.; SCHELLINGER, K. B. The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 83(1), p. 405-432, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>.

FLORES, M. M. T.; TOVAR, L. A. R. Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. *Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 15(25), 9-24, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/818/81802502.pdf>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

FREDERICKSON, N.; PETRIDES, K. V.; SIMMONDS, E. Trait emotional intelligence as a predictor of socioemotional outcomes in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 52(3), p. 323-328, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.034>.

GARDNER, H. *Frames of mind*. Basic Books, 1983.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas, 1999.

GOLEMAN, D. *Emotional intelligence*. Bantam Books, 1995.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R.; MCKEE, A. *Os novos Líderes. A inteligência emocional nas organizações*. Gradiva, 2007.

GOYA, A.; BZUNECK, J. A.; GUIMARÃES, S. E. R. (2008). Crenças de eficácia de professores e motivação de adolescentes para aprender Física. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, 12(2), p. 51-67, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572008000100005>.

GUERREIRO-CASANOVA, D. C. G.; AZZI, R. G. Análise sobre variáveis explicativas da autoeficácia docente. *Educar em Revista* [online], (58), p. 237-252, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.43236>.

_____ ; RUSSO, M. H. Crenças de autoeficácia de gestores escolares: variáveis relacionadas. *Psicologia da Educação*, (42), p. 01-11, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2175-3520.20150020>.

IAOCHITE, R. T.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. J.; WINTERSTEIN, P. J. Autoeficácia docente, satisfação e disposição para continuar na docência por professores de educação física. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte [online]*, 33(4), p. 825-839, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-32892011000400003>.

LAIBLE, D. Does it matter if preschool children and mothers discuss positive vs. negative events during reminiscing? Links with mother-reported attachment, family emotional climate, and socioemotional development. *Social Development*, 20(2), p. 394-411, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2010.00584.x>.

LOPES, P. N.; SALOVEY, P.; CÔTÉ, S.; BEERS, M.; PETTY, R. E. Emotion regulation abilities and the quality of social interaction, 5(1), p. 113-118, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.1.113>.

MARIN, A. H.; FAVA, D. C. Programas de intervenção no contexto escolar: revisão da literatura científica. In: D. C. Fava (Ed.). *A prática da psicologia na escola: introduzindo a abordagem cognitivo-comportamental*. Artesã, 2016.

_____ ; PICCININI, C. A.; GONÇALVES, T. R.; TUDGE, J. R. Práticas educativas parentais, problemas de comportamento e competência social de crianças em idade pré-escolar. *Estudos de Psicologia*, 17(1), p. 5-13, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100002>.

_____ ; SILVA, C. T. E.; ANDRADE, E. I. D.; BERNARDES, J.; FAVA, D. C. Competência socioemocional: conceitos e instrumentos associados. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(2), p. 92-103, 2017. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbtc.org.br/pdf/v13n2a04.pdf>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

MAVROVELI, S.; SÁNCHEZ-RUIZ, M. J. Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behaviour. *British Journal of Educational Psychology*, 81(Pt.1), 112-134, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1348/2044-8279.002009>.

MAYER, J. D. A field guide to emotional intelligence. In: J. Ciarrochi, J.P. Forgas & J.D Mayer (Eds.). *Emotional intelligence in everyday life*. Psychology Press, p. 3-26, 2001.

_____ ; Salovey, P. What is emotional intelligence? In: P. Salovey & D. Sluyter (Eds.). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. Basic Books, 1997.

MORRIS, C. A. S.; DENHAM, S. A.; BASSETT, H. H.; CURBY, T. W. Relations among Teachers' Emotion Socialization Beliefs and Practices, and Preschoolers' Emotional Competence. *Early Education and Development*, 24(7), p. 979-999, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1080/10409289.2013.825186>.

MURRAY, L.; ARTECHE, A.; BINGLEY, C.; HENTGES, F.; BISHOP, D. H.; GOODACRE, T.; HILL, J. The effect of cleft on socio-emotional functioning in school-aged children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(1), p. 94-103, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02186.x>.

NARANJO-MELÉNDEZ, A. Evolución de la competencia social. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(1), p. 159-175, 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920112>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

NINA, K. C. F.; RAMOS, E. M. L. S.; RAMOS, M. F. H.; SILVA, S. S. da C.; FERNANDEZ, A. P. de O.; PONTES, F. A. R. Sources of Self-Efficacy in Teachers. *Revista de Psicologia*, 25(1), p. 1-20, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2016.42685>.

_____. Fontes de Autoeficácia Docente: Um Estudo Exploratório com Professores de Educação Básica. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, 2015.

PÉREZ-ESCODA, N.; FILELLA, G.; BISQUERRA, R.; ALEGRE, A. Desarrollo de la competencia emocional de maestros y alumnos en contextos escolares. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(3), p. 1183-1208, 2012. Disponível em: <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/EJREP/article/view/1530>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

PETRUCCI, G. W.; BORSA, J. C.; KOLLER, S. H. (2016). A Família e a escola no desenvolvimento socioemocional na infância. *Temas em Psicologia*, 24(2), p. 391-402, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=539656645001>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

PISKE, F. H. R. O desenvolvimento socioemocional de alunos com altas habilidades/superdotação (AH/SD) no contexto escolar: contribuições a partir de Vygotsky. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Paraná, 2013.

REGO, A.; FERNANDES, C. Inteligência emocional: contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida. *Psicologia*, 19(1), p. 136-167, 2005. DOI: <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v19i1/2.401>.

RENDÓN-ARANGO, M. I. Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), p. 349-363, 2007. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982007000200014. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

SAE. A importância do professor na vida dos alunos, 2022. Disponível em: <https://sae.digital/a-importancia-do-professor>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

SALOVEY, P.; MAYER, J. D. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), p. 185-211, 1990. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

SANTOS, D.; PRIMI, R. Desenvolvimento socioemocional e aprendizado escolar: uma proposta de mensuração para apoiar políticas públicas. Relatório sobre resultados preliminares do projeto de medição de competências socioemocionais no Rio de Janeiro. OCDE, SEEDUC, Instituto Ayrton Senna, 2014.

SILVA, F. D.; RODRIGUES, O. M. P. R.; LAURIS, J. R. P. Problemas comportamentais em crianças pré-escolares com fissura labiopalatina. *Temas em Psicologia*, 25(3), p. 1107-1122, 2017. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2017.3-11Pt>.

SCHUNK, D. H. Self-efficacy and academic motivation. *Educational Psychologist*, 26(3-4), p. 207-231, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1080/00461520.1991.9653133>.

TEODORO, M. L. M.; ALLGAYER, M.; LAND, B. Desenvolvimento e validade fatorial do Inventário do Clima Familiar (ICF) para adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(3), p. 27-39, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193814403004>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

THAMILSELVAN, P.; KUMAR, M. S.; MURTHY, J.; SHARMA, M. K.; KUMAR, N. R. Psychosocial issues of parents of children with cleft lip and palate in relation to their behavioral problems. *Journal of Cleft Lip Palate and Craniofacial Anomalies*, 2(1), p. 53-57, 2015. Disponível em: <https://www.jclpca.org/text.asp?2015/2/1/53/150749>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

VYGOTSKY, L. S. *Psicologia pedagógica*. Martins Fontes, 2010.

ZULLIG, K. J.; HUEBNER, E. S.; PATTON, J. M. Relationships among school climate domains and school satisfaction. *Psychology in the Schools*, 48(2), p. 133-145, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1002/pits.20532>.

PARTE II

As Lucílias de cada cidade: quem tece a rede de atenção psicossocial?

*Sara Ribeiro Carvalho
Tays Aparecida da Silva
Camilla Gonçalves Brito Santos
Laisa Marcorela Andreoli Sartes*

Desde a implementação da Portaria nº 3088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2011), o panorama da saúde mental no Brasil caminhava progressivamente em direção ao rompimento com a lógica hospitalocêntrica, avançando na introdução de modelos substitutivos de cuidado. A estratégia do trabalho na RAPS estabelece pontos de atenção para o atendimento em saúde mental, baseado em uma perspectiva territorial, contextualizada com a história de vida do usuário e com o território onde ele vive (NASI et al., 2009; NUNES et al., 2016). Portanto, as intervenções em saúde não são baseadas em regras rígidas e nem exclusivamente na eliminação de sintomas, mas em um cuidado integralizado do indivíduo (NASI et al., 2009).

Tais questões são amplamente debatidas nas diretrizes e objetivos da RAPS (BRASIL 2011; 2012; 2013). A estratégia desse modelo é um processo de construção permanente e sua consolidação torna-se fundamental para a concretização da RPB (SILVA, 2005). Esta proposta demonstra ainda a importância da articulação e comunicação entre diversos setores, tanto da saúde como de outras instâncias, como a social e a comunitária, vista a complexidade das demandas que se apresentam no âmbito da saúde mental (NASI et al., 2009; NUNES et al., 2016), além da utilização de instrumentos de intervenções adequados para articulação com o próprio sujeito, tais como escuta, acolhimento, vínculo e corresponsabilização (JORGE et al., 2011).

Contudo, o campo da saúde mental no Brasil vive um cenário de graves retrocessos (SILVA et al., 2020; CRUZ et al., 2020). No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram deliberados diversos documentos normativos, com o objetivo de formar o que se chamou de “A Nova Política de Saúde Mental”, trazendo uma grande preocupação para os estudiosos desse campo, principalmente por uma perspectiva de retorno dos hospitais psiquiátricos e do grande financiamento

de comunidades terapêuticas (SILVA et al., 2020; BRASIL, 2019; CRUZ et al., 2020). Nesse sentido, a Nota nº 11/2019, sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, vem esclarecer que: “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos”, no que “tange aos leitos psiquiátricos em Hospital Geral, os mesmos devem estar localizados em Enfermarias Psiquiátricas” (BRASIL, 2019). Há uma clara imposição e arbitrariedade política, sem legitimidade social, o que se opõe ao referencial ético e técnico da RPB, podendo oferecer risco ao cuidado integral e em liberdade que vinham sendo proferidos (SILVA et al., 2020; CRUZ et al., 2020).

Dessa forma, para discutir a importância dos fundamentos da atenção psicossocial em saúde mental com a construção da RAPS, como a integralidade no cuidado realizado a partir de vários dispositivos, a atuação sob uma perspectiva territorial e intimamente conexa com os sujeitos, apresentaremos o recorte de um Caso Clínico para compreender os fenômenos mais complexos que norteiam esse campo. O caso está inserido no âmbito da prática de matriciamento como lógica de articulação de rede. Neste cenário de cuidado, as práticas são voltadas não apenas para aspectos biológicos ou psicológicos, mas consideram os usuários, sua comunidade e recursos, assim como suas redes sociais e os contextos nos quais vivem e se constituem enquanto pessoa, visando transformação social (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

A usuária de nome fictício Lucília estava sob os cuidados da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de referência quando foi realizada uma denúncia ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e ao Ministério Público (MP). Este oficializou ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a solicitação da realização de um exame mental indicando ou não um processo de interdição ou de indicação de tratamento especializado para ela. O caso foi então investigado por meio de visitas domiciliares (VD) e levado para discussão nas reuniões de matriciamento, o que resultou em vários desdobramentos, além da confecção de um ofício em resposta ao MP, do qual apresentaremos um fragmento. Nossa protagonista, apresentava sofrimento mental, cujo sintoma principal consistia no acúmulo de objetos. Esse estudo foi autorizado pelo CEP/HU-UFJF sob o CAAE: 2 85313717.5.0000.5133.

AS LUCÍLIAS DE CADA CIDADE

Lucília, 61 anos, sentada à porta de casa no subúrbio de um município de Minas Gerais (MG), encontra no ir e vir da vizinhança uma forma de angariar mais um treco. No quintal de sua casa já era possível observar vários deles: madeira, papelão, vidro, pano, louça e um punhado de arame. Por uma fresta da porta da

entrada do cômodo apertado onde mora era possível ver Lucília e mais outras louças, pano, vidros e madeira. Também a imagem de uma santa na parede, da qual ela afirma ser devota. Lucília não abriu a porta com a chegada da equipe. Para desconhecidos, ela alegava não estar em posse das chaves. Era seu modo de se proteger, visto que há dois meses, época em que foi internada por causa de uma cirurgia no quadril, haviam entrado e retirado todos os seus objetos, entendidos como lixo.

Lucília hoje vive sozinha em meio a seus ‘queridos artefatos’. Depois do problema do quadril, não consegue mais andar sem auxílio da cadeira de rodas. Ganhou uma cama ortopédica, mas dorme nela sentada, pois a divide com aqueles trechos, os quais aparentam ser inúteis para quem os observa, mas que para ela parecem ter sempre uma servidão. Por isso, diz que o que faltam mesmo são armários. Conta que teve 5 filhos. Uma delas, de nome fictício Rejane, mora no lote de trás. É ela quem traz a quentinha do almoço todo dia e lava suas louças. Marido já teve, mas esse já se foi. Relata dele não sentir falta, já que teve vezes em que apanhou muito.

Lucília é acompanhada pela equipe multiprofissional de saúde da família da UAPS do seu bairro. Recebe visita regularmente da Agente Comunitária e quando necessário é atendida pela Médica de família, com quem diz ter bom relacionamento. Uma vez por mês a UAPS recebe a equipe multiprofissional de um CAPS da cidade para a reunião de matriciamento. São nessas reuniões que os CAPS auxiliam nos casos de saúde mental, permitindo que o cuidado chegue aos cidadãos, onde quer que eles estejam.

Na primeira quinta-feira do mês de abril, como costumeiro, o matriciamento acontecia e era vez de discutir o caso de Lucília. Pois há alguns meses havia chegado um pedido do CREAS e do MP demandando um exame mental com possibilidade de interdição. Nem todas as pessoas entendem a forma de viver de Lucília, e se incomodam com suas tralhas e com mau cheiro que fica, resultante do acúmulo.

Foi assim que a conhecemos: a equipe do CAPS, constituída por Psiquiatra, Psicóloga e Assistente Social, foi entrevistá-la junto com uma agente comunitária da UAPS, parte do Programa de Saúde da Família. O exame mental indicou sim um transtorno, e em um primeiro momento a equipe pensou que Lucília poderia se beneficiar de um tratamento com especialista. Acontece que Lucília dizia não gostar de Psicologia ou Psiquiatria. A usuária questionava por que teria que fazer tratamento para loucura, visto que não é louca. Entendemos que foi provavelmente por esse motivo que quando marcamos uma consulta no CAPS Lucília não compareceu. Anteriormente os profissionais haviam interpretado que “ela não aderiu ao que a equipe propôs”, “paciente difícil”, “não é perfil para o serviço”. A partir daí se instaurou uma discussão sobre o encaminhamento ideal para o caso naquele momento, pois um Projeto Terapêutico Singular (PTS) deveria ser traçado.

O discurso de Lucília era claro: relatava não desejar tratamento especializado e que era bem atendida onde vivia. A equipe entendeu que para compreender mais profundamente o caso, era importante incluir também o discurso da família. Foi então que, em acolhimento, compareceram ao CAPS Janaína e Pedro (nomes fictícios), outros filhos de Lucília. Quando questionados sobre a mãe, disseram que ela sempre esteve nessa condição de acumulação e que era bem atendida no posto do bairro. Relataram que o vínculo da mãe com a médica de família se deve ao fato de o tratamento ser realizado de forma a considerar e respeitar o modo peculiar de Lucília. Segundo Janaína e Pedro, a ocasião em que seus objetos foram retirados como lixo causou grande transtorno, e foi por isso que Lucília se fechou para toda oferta de tratamento que não fosse o da UAPS do bairro.

Lucília fez com que toda a equipe pudesse entender que os objetos ali ‘depositados’ e ‘esculpidos’, por meio de sua narrativa, representam aquilo que a faz existir, sua subjetividade, e que se ela fosse separada de forma abrupta desse seu ‘depósito de existência’, seja por interdição ou pela obrigação de um tratamento, via CAPS, provavelmente se tornaria mais um número de leito da psiquiatria ou se ‘enCAPSularia’. Dessa forma, entendemos que nós, profissionais, também deveríamos ser igualmente uma espécie de ‘catadores’. Não de objetos como Lucília, mas dos elementos do discurso que dela puderam emergir. Foi necessário ‘catar’ os pequenos detalhes da narrativa, escutando e articulando os diversos saberes ali existentes, inclusive os da fala de Lucília e de sua família, para que chegássemos a uma conclusão conjunta, em resposta ao CREAS e ao MP. A equipe compreendeu que a melhor condução para o cuidado da saúde mental da usuária, naquele momento, seria a continuidade do acompanhamento pela UAPS do bairro, com auxílio especializado do CAPS.

Assim, o recolhimento das conversas, informações e ações, permitiram que as equipes operassem em uma lógica de trabalho multidisciplinar, considerando os diversos saberes. Nesse sentido, foi Lucília quem mostrou qual seria a direção de seu tratamento, considerando o saber daquele que de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica deveria ser o ponto central da tessitura de uma Rede de Atenção Psicossocial: o próprio sujeito!

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O objetivo central da RPB é atender as demandas psicossociais das pessoas com sofrimento mental. A proposta de uma mudança no modelo assistencial em saúde mental e da inserção de serviços substitutivos que estivessem dispostos a trabalhar em prol da ressocialização do sujeito, surgem em resposta à exclusão ocasionada pelas internações nos manicômios. Além da criação de novos dispositivos substitutivos, outro aspecto crucial foi a construção de novas práticas assistenciais,

apoiadas na transformação dos indivíduos portadores de algum transtorno mental em sujeitos sociais (MELO, 2012).

O papel da desinstitucionalização foi o de fazer emergir, então, o sujeito de direitos. Nesse sentido, uma leitura crítica do caso de Lucília favoreceu a emergência de caminhos alternativos para a construção de novas práticas de atendimento, que seguissem na direção do avanço deste processo. As práticas foram, portanto, de ao embate ao modelo manicomial e ao cerceamento da liberdade do indivíduo. Ao mesmo tempo, também não estavam centradas apenas em um único dispositivo, tendo em vista que as exigências são mais complexas quando desejamos contemplar o cuidado de cada usuário em saúde mental de uma forma biopsicossocial (SILVA, 2005). Tais colocações se deparam, então, com uma questão: como atender a complexidade das demandas que se apresentam neste, assim como em outros casos, em saúde mental?

Segundo Quinderé et al. (2014) a proposta da tessitura em rede tem sido adotada como forma de vencer os impasses e dificuldades existentes. Espera-se superar o modelo burocrático e hierárquico posto antes da Reforma, assim como modelos centrados em um único dispositivo. Pretende-se abrir espaços para uma maior flexibilização e compartilhamento de objetivos nos cuidados de cada caso em saúde mental. As decisões devem ser realizadas em conjunto através da construção do trabalho entre equipes componentes dos diversos pontos da rede, havendo produção de consensos, operando situações em que todos os atores possam ganhar, com a negociação de soluções, monitoramento e avaliação dos processos de construção dos PTS de forma constante. Ao se tratar de atores é importante considerar não somente os profissionais envolvidos em cada caso, mas também a família, e principalmente as Lucílias de cada cidade, com o objetivo de construir de forma singular cada caso em saúde mental (LIMA & GUIMARÃES, 2019; QUINDERÉ et al., 2014).

Os CAPS, nesse contexto, seriam dispositivos ordenadores dessa rede, possuindo caráter estratégico e assumindo uma posição central na articulação de programas voltados para a clínica operada em seu interior. Apesar da significativa importância de sua especificidade, tem-se que, em um trabalho articulado em rede, nenhum dispositivo assume um papel centralizador no processo de cuidado. Ou seja, mesmo que possua posição central na articulação de programas em saúde mental, as ações de cuidado não podem nele se encerrar. É de fundamental importância que haja seu envolvimento tanto com outros setores da saúde, como com outros setores da sociedade, estabelecendo uma relação horizontal, a fim de que se possa alcançar um cuidado mais integral do indivíduo (BEZERRA & DIMENSTEIN, 2008).

Nesse sentido, atuações que não seguem essa lógica incorrem no risco de reproduzir velhos modelos com novas roupagens. Uma atuação ‘CAPS centrada’,

configuraria esse dispositivo como novo local de cronificação, indo na contramão da proposta de construção de autonomia e cidadania, fazendo com que se perdesse sua potência transformadora das práticas. Esse discurso revela ainda, o perigo desses serviços se distanciarem de uma diretriz basilar da proposta do cuidado em rede que é a articulação territorial (LIMA & GUIMARÃES, 2019; NUNES et al., 2016; QUINDERÉ et al., 2014; ZAMBENEDETTI & PERRONE, 2008).

Mas afinal, do que se trata esta rede da qual aqui se faz uma aposta? No tempo do manicômio as ações também funcionavam no interior de uma rede de cuidados, uma rede hospitalar, que, no entanto, se caracterizava por possuir um caráter rígido, sem integração, de sistema hierarquizado e fechado. Os hospitais configuravam-se como organizações que atuavam por intermédio do poder total restritivo a trocas sociais, ou um sistema rigoroso de normas formais e burocráticas, que seguiam um ritual imposto, uma hierarquia de ações, e o distanciamento do sujeito (VIEIRA & NÓBREGA, 2004). Já a rede que se pretende evidenciar aqui, pelo contrário, funciona de forma aberta, priorizando a construção constante de diálogos, com reflexões críticas, co-participação e co-construção de significados. Os diversos dispositivos existentes juntamente com seus atores, se envolvem de forma a estabelecer ligações, fortalecendo-se reciprocamente e fortalecendo todo o conjunto. São entendidas numa dinâmica de colaboração solidária e inseridas em uma política (LIMA & GUIMARÃES, 2019; NUNES et al., 2016; QUINDERÉ et al., 2014; ZAMBENEDETTI & PERRONE, 2008).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em 2011 pela portaria GM nº 3.088, tendo como proposta promover a articulação da comunicação entre os dispositivos de tratamento, onde o trabalho assistencial é realizado mediante a relação entre equipes multiprofissionais. Suas diretrizes se referem, dentre outras, à garantia de autonomia, do acesso e da qualidade dos serviços articulados, ações intersetoriais e cuidado centrado no indivíduo. O objetivo das ações em rede está em ampliar o acesso, promover o vínculo das pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas aos pontos de atenção, além de garantir a articulação, integração e comunicação com a sociedade (BRASIL, 2011).

Segundo Tapscott (2011) a nova proposta de rede se torna uma característica fundamental das sociedades pós-industriais. Na era industrial tudo era criado para a massa, as coisas partiam de um (possuidor do conhecimento) para muitos (massa desprovida de conhecimento). No contexto da saúde, o conhecimento partia da figura do médico para todos os outros, doentes. Já a sociedade pós-industrial assume uma outra postura diante do conhecimento. Este não parte mais de um para muitos: todos têm a capacidade de tê-lo. A colaboração passa a ser da massa para a massa. É a era da inteligência em rede.

Gozzi et al. (2014) ao falar da expressão “tecendo rede” enfatizam determinados aspectos do que pode vir a ser ou não o atendimento na perspectiva do trabalho no campo da saúde mental. Segundo ele, a ideia da imagem de uma rede deve ser pensada mais pelas ligações que ela produz do que pela substância de seus elementos, e uma de suas principais características é a de ser virtual. Ela só se torna real, quando posta em ação em seu uso concreto na experiência. A RAPS só passa a ter um sentido, só se torna real, a partir da construção de ligações produzidas em seu interior, formadas através das relações humanas entre as equipes dos diversos pontos de atenção. É através desse enlace que as ações de cuidado tomam forma, produzindo um movimento de entrelaçamento que fortalece tanto cada uma de suas unidades individualmente, como a rede como um todo, formando uma malha de discussão mais ampliada sobre o lugar do indivíduo com sofrimento mental como sujeito de direitos e sujeito social.

O CUIDADO NO TERRITÓRIO COMO UM DOS PILARES DA RAPS

Tomando o ponto de vista de que é, então, através das transações produzidas pelos emaranhados de fios que a singularidade do usuário da saúde mental encontra seu lugar, cabe-nos perguntar qual o caminho para assegurar um sentido para usuários como Lucília. Segundo Nasi et al. (2009) o dever reside em compartilhar os desafios que se impõe para resguardar a singularidade e reafirmar na cena pública que o lugar da pessoa com transtorno mental está para além dos serviços de saúde, que o tratamento acontece também na cidade, pois é nela que ela habita, faz laço, testemunha e vive.

Nessa perspectiva as ações de saúde deixam de pertencer ao espaço de um único ponto de atenção e passam a atuar em uma perspectiva territorial, considerando as especificidades loco-regionais, tendo como foco principal a adequação às necessidades de cada usuário e familiares e não que eles se adequem aos serviços (NASI et al., 2009). Segundo o autor, territórios não são formados por populações por acaso. As pessoas que os ocupam possuem algum tipo de identificação entre si, sejam elas culturais, econômicas ou sociais. Assim, entende-se que há uma grande importância do trabalho de incentivo a uma maior participação social dentro dos territórios, para que a partir daí possamos perceber com maior clareza as possibilidades de socialização de Lucília, assim como de outros usuários da saúde mental (NASI et al., 2009). Nesse sentido, o território não é compreendido como espaço geográfico, mas onde as vidas das pessoas acontecem, como um organismo vivo, em que elas transformam e são transformadas (KINKER et al., 2018). Nesse contexto, destaca-se a importância da Estratégia de Saúde da Família e da prática de ações de matriciamento, o trabalho interdisciplinar, a discussão e estudo de casos, compartilhamento de

ações e promoção da gestão coletiva, na construção das estratégias de saúde que priorizem ações de base territorial, considerando ser esse um dos pilares fundamentais para o fortalecimento dos trabalhos na RAPS (CRUZ et al., 2020; SANTOS & CECCIM, 2018; SILVA et al., 2018; VASCONCELOS et al., 2016).

A formação da RAPS se dá, então, por intermédio da interlocução dos diversos pontos de atenção, das equipes neles inseridas, da sociedade, da família, do trabalho no território, e principalmente daquele que deve ser considerado como parte central do processo: as Lucílias de cada cidade. Tal arranjo se engendra na provocação de um movimento de intercâmbio e fortalecimento recíproco, buscando atuar de modo a alcançar as necessidades apresentadas por cada caso. Considerar as relações contidas no interior dessa teia como fundamentais para o processo vital da rede, significa não apenas concebê-la como mero conjunto de equipamentos/dispositivos dentro dos territórios, mas também compreender o importante papel das relações humanas na condução de cada fio de um ponto ao outro (NASI et al., 2009).

O MATRICIAMENTO COMO FIO CONDUTOR DE UM PONTO AO OUTRO

Vários são os tipos de ações intersetoriais criadas como possibilidades de colocar em andamento esta proposta de articulação, como por exemplo, Grupos de Trabalho - GT Intersetoriais, Grupos Condutores, Grupo de Protagonismo dos Usuários, dentre outros. Aqui daremos enfoque a uma dessas ações intersetoriais: o matriciamento. É nesse ponto que pretendemos centrar nossa análise, enfocando-o como lógica de articulação da rede. Elo que vai permitir a condução do fio da rede de um ponto ao outro, e dele para outros pontos, proporcionando o intercâmbio entre as equipes. O “matriciamento” ou “apoio matricial” é uma proposta inovadora de cuidado que permite a troca de experiências e saberes. Um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam propostas de intervenção para os casos postos (CAMPOS, 1999).

Formulado por Wagner Gastão Campos (1999), o conceito de “apoio matricial” tem estruturado um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção básica, onde uma equipe de suporte (equipe de matriciamento), especializada em determinada área da saúde, apoia por meio do compartilhamento de responsabilidades assistenciais e de atividades de educação permanente a equipe de atenção básica. Para o estabelecimento do contato entre as duas equipes é necessário a combinação de encontros periódicos e regulares para discussão de casos clínicos, como no caso de Lucília ou outras questões em saúde mental, a fim de alcançar soluções (CAMPOS & DOMITTI, 2007). Entre as possíveis formas de organização desses encontros estão presentes as Interconsultas, que são

as discussões de caso em equipe multidisciplinar, a consulta conjunta e a visita domiciliar conjunta. Ambas se caracterizam por ser uma ação colaborativa entre profissionais das diferentes áreas e cujo objetivo final é a estruturação da construção do caso visando atos de cuidado (CHIAVERINI et al., 2011).

Nesse sentido, atenção básica (equipe de referência) e CAPS (equipe de saúde mental) irão construir coletivamente estratégias para abordagem de problemas e para fomento de ações intersetoriais e na mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2007). Essas duas equipes constituem um novo arranjo organizacional, uma vez que possibilita o diálogo entre profissões diferenciadas no sentido da construção do caso.

Por meio da discussão do caso de Lucília, em matriciamento, foi possível inferir que as reflexões acerca dos casos em saúde mental consistem em uma compreensão de diversos conhecimentos, que se entrecruzam de modos complexos, de forma plural e intersetorial (CAMPOS & DOMITTI, 2007). Dessa forma, há o encontro de diversos setores e equipes com exigências diferentes, com discursos diferentes, que por vezes apresentam determinações a priori. Com relação às exigências, temos que cada instituição apresenta uma diretriz organizacional que irá funcionar de acordo com certas normas político-institucionais, tanto internas como externas, o que inclui protocolos a serem seguidos, e, por vezes, até metas a serem cumpridas. Isso acomete todas as instituições de saúde pública. Com relação aos discursos diferentes, temos àqueles cujos objetivos do tratamento pouco consideram o sujeito de forma biopsicossocial. Essa é uma tendência que perpassa a história da loucura colocando o indivíduo com transtorno mental como destituído de um saber, o que faz repetir e perpetuar práticas manicomiais (SANTOS & SOUZA, 2016).

Além disso, salientamos também que outros setores de saúde pública, que também dialogam com a saúde mental, trabalham de forma a fiscalizar e notificar, possuindo ‘poder de polícia’, como o caso da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, por exemplo. Estes também irão compactuar para o reestabelecimento de certas ‘normas sociais’ (BRASIL, 1990). No caso de Lucília, a determinação a priori apontava para uma direção da necessidade de tratamento via CAPS ou interdição, com mero objetivo higienista, visando inserir Lucília em um padrão ou norma social. Em contrapartida, a partir dos fundamentos da atenção psicossocial, temos que esta é concebida por um viés mais amplo, para além da patologização e da supressão de sintomas, entendendo como o maior interesse a produção de saúde, a potência de vida e participação social. Ou seja, a prática produtora de autonomia, como forma de superar o modelo manicomial de confinamento do sujeito em instituições asilares (SAMPAIO & BISPO 2021; SANTOS & CECCIM, 2018; SILVA et al., 2018).

Nesse sentido, os pilares da atenção psicossocial no matriciamento buscaram se apoiar no embate às prerrogativas que tentam tipificar casos como o de Lucília

a qualquer custo, impondo apenas uma padronização e excluindo aspectos de sua singularidade. Somente o trabalho coletivo com as equipes, no encontro de vários discursos e saberes torna possível a prática de atenção psicossocial, sendo necessário que se realizem trocas constantes a serviço da prática de uma clínica inovadora, abrindo espaço para o advir do sujeito biopsicossocial. Ainda que cada profissional e serviço tenha a sua especificidade, o trabalho só pode se realizar no compartilhamento com os demais.

No matriciamento, o papel das duas equipes envolvidas nesse trabalho foi o de se fazer valer a priori o esvaziamento de qualquer tipo de saber prévio sobre Lucília e, portanto, se distanciando de qualquer direção prescritiva. O objetivo era facilitar uma orientação pelos modos de solução encontrados a partir do compartilhamento do que cada um tinha a dizer sobre o caso, as concepções dela própria, através da inserção de um viés que a colocasse em foco, incluindo-se também o saber da família. Esses foram os principais vetores de orientação utilizados no trabalho da equipe. Assim, foi mediante essa perspectiva, que na construção do caso de Lucília, buscou-se atrelar os diversos saberes ali dispostos, de forma a fazer com que a prescrição de tratamento fosse melhor analisada para não incorrerem no risco de cometer uma falsa atuação de cuidado, que na realidade se configuraria como iatrogenia. Essa atuação se deu através de muito diálogo, na escuta dos atores, criando meios de um trabalho comprometido com o sujeito. O que permitiu a existência de um trabalho que permite sustentar uma prática que considerasse a subjetividade de Lucília como eixo central do trabalho em saúde mental. Podemos perceber, por intermédio de suas palavras, que a mesma se recusa em parecer uma pessoa com um diagnóstico psicopatológico, em parecer “louca”, não dando conta naquele momento de formular questões sobre si e sobre seu sintoma, e que não desejava atendimento especializado. Diante do caso, um profissional sozinho ou apenas um serviço isolado, nada ou talvez pouco, teriam a fazer por ela. Esse fato destaca, mais uma vez, a importância de uma comunicação entre os diversos discursos por meio de um trabalho em rede.

Como podemos, então, tecer uma rede de forma a ampliar a discussão sobre os casos como o de Lucília? Fazemos essa aposta no matriciamento como forma de empreender discussões entre as equipes de dois ou mais setores, se tornando lugar de negociação constante entre elas, pois é nesse âmbito que conjecturas mais ampliadas podem se efetivar (CHIAVERINI, 2011). Na construção do caso que apresentamos, na definição de uma direção do tratamento de Lucília, concluiu-se que o encaminhamento do caso se daria a partir do que ela própria, a família e as duas equipes ali envolvidas trouxeram sobre o caso. Portanto, a condução se deu mediante sua partilha, do reconhecimento do valor dos conteúdos trazidos por ela, onde se pode identificar que o melhor encaminhamento era a continuação do acompanhamento pela equipe da UAPS do bairro onde ela mora (onde já havia

uma relação de vínculo), no entanto, agora com o apoio especializado o CAPS. O cuidado em saúde mental, nesse caso, se deu por meio dessa articulação. Onde o matriciamento possibilitou, por intermédio do compartilhamento do conhecimento especializado à equipe da UAPS, os conhecimentos necessários para continuidade do cuidado, sem que para isso fosse preciso que Lucília saísse de seu território. Nesse sentido, mais uma vez, temos que o trabalho em saúde mental deve ser orientado a partir de uma perspectiva que contemple o espaço onde o sujeito vive.

Além disso, tem-se que muitas vezes não é o próprio sujeito que chega até o serviço de saúde mental com sua demanda. Esta pode vir por vias distintas, como da família, de outros dispositivos, seja da saúde ou não, e às vezes da própria equipe de referência (ALMEIDA & CAMPOS, 2019; SANTOS & CECCIM, 2018). No caso apresentado, por exemplo, a demanda de tratamento de Lucília surgiu a partir de uma requisição do CREAS e MP, pela via da normatização e da denúncia, o que aponta para os diversos atravessamentos que envolvem relações institucionais, econômicas e sociais. Nesse sentido, o trabalho na RAPS se destaca como consoante aos princípios do SUS, sendo ressaltado o seu grande diferencial e potencialidade: não esperar a demanda chegar, mas conseguir ‘ir ao encontro’ (ALMEIDA & CAMPOS, 2019; SANTOS & CECCIM, 2018).

Para o seu bom funcionamento, os projetos terapêuticos dos usuários em saúde mental devem ser sempre singulares de acordo com as demandas que lhe são apresentadas a cada momento e não pressupõem práticas enrijecidas e fechadas, tendo em vista a sua complexidade. Para tanto, o trabalho deve ser guiado a partir do conceito de integralidade, abrangendo o sujeito de uma maneira biopsicossocial. Deve-se haver uma reflexão mais aprofundada sobre as próprias práticas profissionais, utilização dos serviços disponíveis na rede, assim como os recursos da comunidade para a coprodução de saúde (ALMEIDA & CAMPOS, 2019; VASCONCELOS et al., 2016). Nesse sentido, a respeito da discussão sobre qual seria a melhor direção de um Projeto Terapêutico Singular para Lucília, temos que, qualquer trabalho que vise impor ao sujeito um tipo de tratamento via internação ou mesmo via ‘enCAPSulamento’, poderia ser concebido como prescrição em sua dimensão pedagógica e moral, não considerando sua subjetividade.

Devemos considerar, por exemplo, que a realização do ato de acumular ‘coisas’ ou objetos sem nome - o sintoma que acompanha Lucília em sua jornada - diz respeito à sua existência. Fazer com que ela se separe deles ou questioná-los, é uma tarefa complexa e árdua, mas possível, exigindo um trabalho minucioso e gradativo. Caso não considerássemos o sujeito nesse trabalho, incorreríamos no risco de cair na armadilha do ‘Bem-querer’ do sujeito, tutelando-o, e acentuando sua exclusão. Uma conduta assim decretaria o fracasso do processo proposto pela RPB no caso explicitado. Nesse sentido, Santos e Ceccim (2018), apontam o trabalho por vias de uma atenção psicossocial destacada como cenas de encontro que portam

olhares atentos e escuta ativa, trazendo o conceito de clínica “peripatética”, de Lancetti, como norteadora do trabalho em campo da saúde mental por oferecer possibilidades terapêuticas de redes familiares, socioculturais, de trabalho, entre outras, que levem em consideração as condições subjetivas e viabilidades reais dos sujeitos (SANTOS & CECCIM, 2018).

A LUTA PELA MANUTENÇÃO RAPS: UM DESAFIO ÉTICO E POLÍTICO

Apostar na garantia de políticas públicas que fortaleçam trabalhos como o aqui empreendido, assim como na manutenção dos dispositivos e equipes da RAPS são um desafio ético e político. As questões não são simplesmente técnicas, trata-se de uma presença política na esfera dos direitos humanos, da equidade, da justiça, necessitando de intervenções culturais com respeito aos diferentes modos de vida (SANTOS & CECCIM, 2018). Portanto, faz-se necessário levar em consideração as diferenças socioeconômicas, as desigualdades e discriminações que permeiam todo o contexto brasileiro (SANTOS & CECCIM, 2018). As práticas devem estar articuladas com o enfrentamento das situações de pobreza, violência e vulnerabilidade social, ou seja, sempre refletindo sobre a estrutura societária do Brasil e a perversidade do sistema capitalista, para que o intolerável não se torne natural (SAMPAIO & BISPO, 2021). Mais uma vez, a atenção psicossocial é diferenciada das trajetórias excludentes e empobrecedoras que tanto influenciaram a história da psiquiatria e, mesmo hoje, atravessa as práticas cotidianas (KINKER et al., 2018; SAMPAIO & BISPO, 2021; SILVA et al., 2018).

Atualmente, alguns estudos destacam as fragilidades dos serviços da RAPS, observando que, por vezes, há uma compreensão dos fundamentos epistemológicos da Reforma Psiquiátrica, mas uma dificuldade de operacionalização prática dos mesmos no cotidiano dos serviços. Observa-se ainda a utilização de uma lógica biomédica e ações fragmentadas sem uma interlocução dos saberes que, por vezes, se unificam por somação (SAMPAIO & BISPO, 2021; VASCONCELOS et al., 2016). Evidenciando também problemas estruturais e organizacionais dos serviços do SUS que podem prejudicar o desenvolvimento da RAPS, como: a frágil formação profissional, a precarização dos processos de trabalho, a sobrecarga dos serviços e o subfinanciamento crônico (SAMPAIO & BISPO, 2021). Tal cenário foi altamente prejudicado diante do desmonte do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, a partir de 2016. Por vezes, embasado em um falso discurso de legitimar a Lei nº 10216/2001 - “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” - ou de fortalecer a RAPS, descrevendo como “nova” política de saúde mental, mas retornando com “velhas” formas manicomiais (CRUZ et al., 2020).

Nas mudanças legislativas ocorridas a partir de 2016, observa-se uma Estratégia de Saúde da Família trabalhando praticamente sem agentes comunitários de saúde e sem a lógica do matriciamento, a estagnação na implantação de novos serviços de base comunitária, a inclusão de hospitais psiquiátricos e hospital-dia na RAPS, o incentivo financeiro destinado às internações psiquiátricas e comunidades terapêuticas, ações fundamentadas em uma abordagem proibicionista, um CAPS AD IV que desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPS's, o risco de desfinanciamento dos serviços comunitários como os CAPS's (CRUZ et al., 2020), entre outros fatores que claramente impedem a efetividade da RAPS e o seu desenvolvimento (CRUZ et al., 2020; SILVA et al., 2018).

Dessa forma, diante da aposta na continuidade de trabalhos como o realizado no caso de Lucília, Cruz et al. (2020) inferem que se faz necessária a resistência de toda a parcela da comunidade contra as mudanças políticas atuais evidenciadas. Tal situação demonstra a necessidade de defesa dos pressupostos políticos que coadunam com os princípios da RPB e do SUS, a fim de fortalecer o modelo de atenção psicossocial que passa por inúmeras fragilidades (SAMPAIO & BISPO, 2021).

Para tanto, provocamos maiores debates que sejam propulsores de ações de resistência, como os movimentos sociais com participação popular, envolvendo trabalhadores, usuários e familiares para sustentarem a consolidação de uma Rede de Saúde Mental que seja efetiva e promova, como apresentado no caso de Lucília, o cuidado em liberdade, com garantia de cidadania e dos direitos (ALMEIDA & CAMPOS, 2019; CRUZ et al., 2020; VASCONCELOS et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso objetivo não foi apresentar o melhor caminho a ser seguido no trabalho em saúde mental, mas expor uma possibilidade de atuação por meio de uma mudança de paradigma na condução dos casos que se apresentam nesse campo, de forma a necessariamente tentar nos enquadrar no cenário da política de saúde, centrada na redução máxima de custos, cada vez mais constatada, principalmente considerando o atual cenário de retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental. Mediante a exposição do caso foi possível apresentar uma aposta na prática ancorada na atenção psicossocial, um dos pilares da RAPS. Buscamos apresentar uma postura neutra em relação ao encaminhamento do caso/sintoma a priori. Pautamos a apresentação da história de Lucília na necessidade de dar voz ao outro. Nesse sentido, o caso foi descrito como uma forma compartilhada e ampliada de ofertar o cuidado, atuando com vistas a reabilitação psicossocial e contratualidade com o território.

Sendo assim, a compreensão de atenção psicossocial em saúde mental deve estar associada a um conjunto de dispositivos de bases territoriais com ferramentas

que trabalhem no sentido de compreender e cuidar do sujeito no seu contexto de vida. Foi exatamente isso que nos propiciou chegar até Lucília. Desta forma, a prática coletiva vem demonstrar que é possível uma condução que contemple a construção com o indivíduo, e que esta compreende não só dispositivos de saúde, mas todo um laço com a sociedade. Para tanto, o matriciamento é conferido como dispositivo estratégico de construção do caso, visto ser uma ferramenta de partilhamento de decisões e de fomento de ações intersetoriais, permitindo maior abrangência do cuidado. Apesar de ser apresentado como tática de construção coletiva entre CAPS e UAPS, consideramos que teria maior efeito se fosse estendido a outros setores. Concluímos com a inferência de que a metodologia da construção do PTS que aqui articulamos está longe de ser algo terminante e imóvel, mas é apenas uma construção provisória, não menos proveitosa, estando pronta a ser modificada pelo que ainda está por vir, sempre em acordo com as determinações do sujeito em tratamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. S. D.; CAMPOS, G. W. D. S. Análise sobre a constituição de uma rede de Saúde Mental em uma cidade de grande porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7), p. 2715-2726, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.20122017>.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: ciência e profissão*, 28(3), p. 632-645, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial União*, 1:18055, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*, Brasília, 2007.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, p. 230-232, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental/ Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, nº 34. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 11/2019, de 06 de fevereiro de 2019. Dispõe sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília. CGMAD/DAPES/SAS/MS, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 20 de mai. de 2022.

CAMPOS, G. W. D. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), p. 393-403, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.

_____; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de saúde pública*, 23(2), p. 399-407, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CHIAVERINI, D. H.; GONÇALVES, D. A.; BALLESTER, D.; TÓFOLI, L. F.; CHAZAN, L. F.; ALMEIDA, N.; FORTES, S. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3). Artigo e00285117, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

GOZZI, A. D. P. N. F.; PINTO, M. C. L. R.; SILVA, M. T. L. E. D.; ALMEIDA, A. B. D. Entre o real e o possível: tecendo a RAPS que desejamos a partir da saúde mental que temos. In: R. Pinheiro, T. C. Lopes, F. H. Silva, A. G. Silva Jr. (Orgs.). *Experienci(Ações) e práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa*. CEPESC; ABRASCO, p. 175-188, 2014.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias de cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), p. 3051-3060, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>.

KINKER, F. S.; MOREIRA, M. I. B.; BERTUOL, C. O desafio da formação permanente no fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial. *Interface*, 22(67), p. 1247-1256, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0493>.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(03), p. 1-20, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>.

MELO, A. M. da C. Apontamentos sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 4(10), p. 201-213, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v4i10.68768>.

NASI, C.; CARDOSO, A. S. F.; SCHNEIDER, J. F.; OLSCHOWSKY, A.; WETZEL, C. (2009). Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), p. 147-152, 2009. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remee.org.br/pdf/v13n1a20.pdf>. Acesso em: 20 de mai. de 2022.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(4), p. 1213-1232, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), p. 253-271, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>.

SAMPAIO, M. L.; BISPO, J. P. Jr. Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25, Artigo e200267, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200267>.

SANTOS, A. R.; SOUZA, T. A. CAPS E NASF: Estratégias de aproximação que possam consolidar o trabalho em rede. [Apresentação de Trabalho]. 6º Fórum de Mobilização Antimanicomial/3ª Mostra de Atenção Psicossocial, Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2016.

SANTOS, C. F.; CECCIM, R. B. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22(67), p. 1043-1052, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0228>.

SILVA, R. P. D. Projeto de saúde mental de Belo Horizonte: um trabalho em rede. [Dissertação de mestrado não publicada]. Escola de Administração Pública, Fundação João Pinheiro, 2005.

SILVA, T. A.; PAULA, J. D.; ARAÚJO, R. C. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21(2), p. 346-363, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>.

SILVA, T. A.; SODRÉ, S. A.; MARTINS FILHO, I. E.; NERY, A. A.; VILELA, A. B. A. (Re)Visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. *Avances en Enfermería*, 38(3), p. 380-386, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.82440>.

SOUZA, A. C. Em tempos de PSF... Novos rumos para Saúde Mental [Dissertação de Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4644>. Acesso em: 20 de mai. de 2022.

TAPSCOTT, D. A inteligência está na rede. *Revista Veja Impressa*, 2212(13), p. 20-22, 2011.

VASCONCELOS, M. G. F.; JORGE, M. S. B.; CATRIB, A. M. F.; BEZERRA, I. C.; FRANCO, T. B. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), p. 313-323, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>.

VIEIRA, N. G. Fo.; NÓBREGA, S. M. D. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de psicologia (Natal)*, 9(2), p. 373-379, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200020>.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. (2008). O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis: revista de saúde coletiva*, 18(2), p. 277-293, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000200005>.

Avaliação neuropsicológica de alcoolistas e seu impacto no tratamento psicoterapêutico

*Nathálya Soares Ribeiro
Rafaela Larsen Ribeiro
Ian Peratelli de Oliveira
Laisa Marcocela Andreoli Sartes*

CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE USO DE SUBSTÂNCIAS E EFEITOS NEUROPSICOLÓGICOS

O consumo de álcool constitui um grave problema de saúde pública. Dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) apontam que o consumo nocivo de álcool provoca cerca de 3,3 milhões de mortes ao ano e é responsável por 5,1% da carga global de doenças. No Brasil, o II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas em 2006 (CARLINI et al., 2006), mostrava uma estimativa de dependentes de álcool de 12,3% na população entre 12 e 65 anos. Mais recentemente, comparando-se o primeiro e o segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), observou-se um aumento de 10% no número de indivíduos que fazem um consumo de cinco doses ou mais por ocasião e de 11% no número de indivíduos que consomem álcool pelo menos uma vez por semana (LARANJEIRA et al., 2012). O terceiro LENAD, realizado em 2019, mostrou que 3,5% dos indivíduos que consumiram álcool no último ano preenchiam critérios para dependência, o que corresponde a 2,3 milhões de brasileiros.

A dependência de substâncias psicotrópicas é caracterizada pela presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, como tolerância, síndrome de abstinência, problemas legais, perda do controle, prejuízos psicossociais e permanência do uso apesar dos danos associados. A quinta versão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM (APA, 2014) excluiu a divisão entre abuso e dependência, presente no DSM-IV-TR (APA, 2002), agrupando

os critérios diagnósticos nos chamados Transtornos por Uso de Substâncias. Deste modo, o quadro passou a ser avaliado de acordo com um continuum de gravidade.

A dependência de álcool tem sido associada, direta ou indiretamente, a diversas questões de saúde, tais como cirrose, câncer e lesões (REHM, 2011; WHITE et al., 2002; WHO, 2009; WHO, 2014). As metanálises realizadas por Stavro et al., (2013) e Stephan et al. (2017) apontaram que o alcoolismo está relacionado a déficits cognitivos em processamento visoespacial, memória e funções executivas. Martelli et al. (2017) encontraram que os alcoolistas desintoxicados tiveram um funcionamento executivo menos eficiente no que diz respeito à flexibilidade cognitiva e capacidade de organização e planejamento, em comparação com o grupo controle. Em sua revisão, Le Berre et al., (2017) apontam que o alcoolismo afeta tanto a memória episódica quanto a semântica. Além disso, o alcoolismo também está associado a déficits na cognição social (LE BERRE et al., 2017; MARTELLI et al., 2017).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se destaca no cenário atual devido aos seus fundamentos empíricos e curta duração, sendo considerada efetiva no tratamento de diversos transtornos, incluindo o transtorno por uso de substâncias (RIPER et al., 2013; SERRA, 2013; WRIGHT et al., 2008). O tratamento da dependência de álcool baseado na TCC envolve a psicoeducação sobre o uso de álcool, estratégias de manejo da fissura, reconhecimento das situações de risco e estratégias de enfrentamento, reestruturação de crenças sobre o álcool e prevenção de recaída (MONTI, et al., 2006; ZANELATTO & LARANJEIRA, 2013). Há uma discussão a respeito do impacto dos prejuízos psicológicos no tratamento da dependência (CALHEIROS et al., 2006; LE BERRE et al., 2017; RIGONI et al., 2013; STEPHAN et al., 2017), considerando que a mudança de comportamento requer habilidades cognitivas eficientes. Segundo Sartes et al. (2020) é fundamental conhecer o perfil cognitivo do usuário de substâncias bem como de sua funcionalidade nas atividades da vida diária, para um adequado planejamento do programa de reabilitação cognitiva. O foco nestes casos, podem direcionar-se para recuperação do controle inibitório, memória, atenção, regulação emocional, além de resolução de problemas e tomada de decisões. Todas essas funções estão diretamente relacionadas ao potencial de recaída do usuário de álcool e outras drogas.

Nesse raciocínio, estudos como os de Calheiros et al. (2006) e Rigoni et al. (2013) ressaltam que a avaliação neuropsicológica desempenha um importante papel no tratamento da dependência, à medida que ela permite a compreensão do perfil cognitivo do paciente, auxiliando o terapeuta a direcionar melhor as estratégias de tratamento e a desenvolver uma avaliação mais precisa do prognóstico.

Portanto, neste capítulo iremos apresentar sobre o estado da arte da avaliação neuropsicológica de alcoolistas e abordar as discussões sobre o impacto dos déficits cognitivos decorrentes da dependência de álcool no processo de tratamento.

ESTADO DA ARTE SOBRE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E TRATAMENTO PARA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

No intuito de encontrar estudos que avaliassem a relação entre avaliação neuropsicológica e tratamento para dependentes de álcool, foram realizadas buscas nas bases de dados PsycArticles e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com descritores específicos. Foram encontrados 119 artigos no total, no entanto, selecionou-se apenas quatro estudos que foram publicados mais recentemente em inglês, espanhol e português e que tratavam de dependentes de álcool em tratamento que tenham sido avaliados por um neuropsicólogo.

Os quatro artigos foram submetidos à análise de conteúdo categorial temática (BARDIN, 2004). Foi realizada uma leitura flutuante para identificação dos temas centrais dos artigos, sendo criadas as seguintes categorias: Objetivos dos estudos, Caracterização dos participantes, Testes neuropsicológicos utilizados, Disfunções cognitivas identificadas, Impacto dos déficits cognitivos no tratamento da dependência e Limitações dos estudos. A Tabela 1 apresenta uma síntese destes dados.

RESULTADOS ENCONTRADOS NOS ESTUDOS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E TRATAMENTO PARA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Os artigos foram publicados nos anos de 2009, 2013, 2014 e 2015, sendo três publicados na língua inglesa e um em espanhol. Os periódicos nos quais os estudos foram publicados foram: Cognitive Neuropsychiatry, Neuropsychiatry Disease and Treatment, Adicciones e Revista Brasileira de Psiquiatria. Dois estudos foram realizados no Brasil, um nos Estados Unidos e um na Austrália.

Tabela 1- Artigos sobre a avaliação neuropsicológica de alcoolistas e seus principais resultados

Autores	Objetivos	Funções cognitivas avaliadas	Testes	Principais resultados
Lee et al. (2015)	Esclarecer o funcionamento cognitivo em dependentes de álcool desintoxicados com ou sem transtorno afetivo comórbido e investigar os fatores que contribuem com a manutenção do déficit funcional.	Quoeficiente de inteligência (QI). Velocidade psicomotora e flexibilidade mental. Aprendizagem e memória verbal. Aprendizagem e memória visual. Atenção sustentada e inibição de resposta.	- Wechsler Test of Adult Reading (WTAR). - Trail Making Test – Partes A e B (TMT-A e TMT-B). - Rey Auditory Verbal Learning Test Total (RAVLT-Total); - Rey Auditory Verbal Learning Test 20- minute percentage Retention scores (RAVLT-Ret). - Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB): Rey–Osterrieth Complex Figure Test Copy (RCFT - Copy); Rey–Osterrieth Complex Figure Test Copy 3-min delayed recall (RCFT-3 min); Paired Associates Learning adjusted Total errors (PAL-Total). - CANTAB: Rapid Visual Processing omission and commission errors (RVP-A and RVP-B).	A aprendizagem e memória visual foram piores nos alcoolistas, independente da presença de transtornos afetivos. O diagnóstico de transtorno afetivo, independente da dependência de álcool, foi associado a déficit de aprendizado e memória visual mais pronunciado, além de disfunção executiva (em atenção sustentada e flexibilidade mental). A dependência de álcool não esteve associada com o déficit funcional.
Luhar et al. (2013)	Examinar como o uso de tabaco atual e história de alcoolismo interagem em relação ao volume cerebral e ao desempenho neuropsicológico.	Quoeficiente de inteligência. Percepção social: reconhecimento de rostos e prosódia, nomeação e reconhecimento facial. Funções executivas.	- Wechsler Intelligence Scale for Adults (WAIS-IV); - Wechsler Memory Scale (WMS). - Advanced Clinical Solutions (ACS). - Wisconsin Card Sorting Test (WCST); - Duas medidas do Delis–Kaplan Executive Function System; - Versões modificadas do Trail Making Test A e B; - Controlled Oral Word Association Test ou Teste FAS.	De modo geral, o grupo de alcoolistas/tabagistas apresentaram piores resultados nas funções avaliadas. O grupo de não alcoolistas/não tabagistas foi significativamente melhor em tarefas como as propostas pelo WCST e WMS, em comparação com o grupo de alcoolistas/tabagistas e no subteste de cancelamento da WAIS em comparação ao grupo de tabagistas/não alcoolistas. Os grupos não diferiram significativamente nos testes que medem a memória verbal auditiva (WAIS: Memória Lógica I e II), memória operacional (WAIS: Sequenciamento Numérico de Letra e WAIS: Codificação por Símbolo de Dígito), ou habilidades visoespaciais (WAIS: Cubos). No ACS tanto para recordação imediata quanto atrasada as pontuações de alcoolistas/tabagistas foram significativamente piores que no grupo de não tabagistas/não alcoolistas e tabagistas/não alcoolistas.
Rigoni et al. (2014)	Comparar o desempenho neuropsicológico de alcoolistas em tratamento de desintoxicação com a população geral e investigar se existe alguma associação entre fatores sociodemográficos e alcoolismo.	Quoeficiente de inteligência. Flexibilidade cognitiva. Percepção visual e memória imediata.	- Rastreio cognitivo do WAIS-III, inclui os subtestes Vocabulário, Cubos e Códigos. - WCTS. - Teste da Figura Complexa de Rey.	Há um déficit de desempenho nas funções cognitivas dos pacientes alcoolistas se comparados com os não dependentes, principalmente no que diz respeito à coordenação visomotora, memória, inibição de respostas, dificuldade de usar informações previamente aprendidas para criar estratégias futuras (WCST), identificação psicomotora, diminuição da capacidade de percepção visual e déficit na memória imediata. No teste Wisconsin os alcoolistas completam menos categorias, cometem mais erros, erros perseverativos, menos respostas de nível conceitual, gastam mais testes para completar a primeira categoria (poucas estratégias para resolução de problemas).
Salgado et al. (2009)	Avaliar os perfis neuropsicológicos relacionados à impulsividade em pacientes dependentes e comparar as mudanças do controle de impulsos durante o período de abstinência.	Impulsividade motora. Impulsividade não planejada. Impulsividade atencional.	- Continuous Performance Task (CPT-II). - Iowa Gambling Task (IGT). - WCST.	Foram encontradas diferenças significativas nos três instrumentos aplicados. No CPT houve um aumento no número de erros por comissão no grupo de alcoolistas. No IGT houve diferença entre os grupos nas pontuações líquidas do segundo, quarto e quinto bloco, bem como do total líquido. O número de escolhas vantajosas feitas pelo grupo de alcoolistas foi menor que o grupo controle nesses blocos. No WCST o grupo de alcoolistas cometeu mais erros perseverativos. O número de erros não perseverantes não diferiu entre os grupos. Não foram encontradas correlações significativas entre os erros de comissão no CPT e desempenho em qualquer bloco de IGT ou erros perseverativos no WCST. Não há correlação significativa entre o desempenho no IGT e no WCST. Não houve correlação entre dias de abstinência e o desempenho em qualquer um dos testes.

Fonte: Os autores, (2022)

OBJETIVOS DOS ESTUDOS

A maior parte dos estudos visou realizar avaliações neuropsicológicas de alcoolistas em processo de desintoxicação. Lee et al.(2015) e Luhar et al. (2013) avaliaram o desempenho cognitivo de alcoolistas com alguma comorbidade. No primeiro, transtorno afetivo e no segundo tabagismo. Nenhum destes estudos objetivou apontar a causalidade na relação entre a dependência de álcool, o transtorno comórbido e o desempenho cognitivo. Neste sentido, foram apresentadas as diferenças entre os grupos experimental e controle, com e sem o transtorno comórbido, quanto ao desempenho cognitivo nas baterias neuropsicológicas aplicadas. Rigoni et al., (2014) compararam o desempenho cognitivo de um grupo de alcoolistas com a população em geral, sem o quadro de dependência. Os autores também avaliaram a relação entre fatores sociodemográficos e o alcoolismo. Salgado et al., (2009) avaliaram, especificamente, os perfis neuropsicológicos associados à impulsividade. Os autores compararam as mudanças relativas ao controle de impulsos durante o período da abstinência.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES INCLUÍDOS NOS ESTUDOS

Todos os estudos foram realizados com indivíduos acima de 18 anos e contaram com grupos controle. Os participantes de todos os estudos foram recrutados após ou durante o tratamento de desintoxicação, a fim de garantir que os resultados neuropsicológicos não fossem influenciados pela síndrome de abstinência. Em geral, foram incluídos participantes que estavam em tratamento de desintoxicação há pelo menos sete dias (RIGONI et al., 2014). Luhar et al. (2013) foi o único a incluir pessoas abstinentes a longo prazo e cuidaram para que os participantes se mantivessem abstinentes nas quatro semanas anteriores à avaliação. Lee et al. (2015) incluíram participantes abstinentes há quatro semanas após a alta da desintoxicação. Salgado et al. (2009) realizaram a avaliação com pessoas abstinentes há quatro meses.

Além disso, a fim de controlar variáveis que poderiam influenciar nos resultados da avaliação neuropsicológica, os estudos foram cautelosos ao estabelecer seus critérios de exclusão. De modo geral, estes critérios abarcaram: apresentar transtorno neurológico ou lesão cerebral, algum quadro clínico com sequelas cognitivas, síndrome de Wernicke-Korsakoff, déficit intelectual, dependência de outras substâncias (exceto tabaco), epilepsia ou convulsões não relacionadas ao alcoolismo, presença de síndrome de abstinência grave (delírios e alucinações) e presença de doenças psiquiátricas graves.

TESTES NEUROPSICOLÓGICOS UTILIZADOS

Os estudos fizeram uso de vários instrumentos neuropsicológicos para suas avaliações. Todos, exceto Salgado et al. (2009), utilizaram escalas para medir o quociente de inteligência (QI). Diferentes versões das escalas Weschler foram utilizadas para este fim. Observou-se que alguns estudos utilizaram as mesmas escalas, porém, a fim de avaliar diferentes dimensões do construto cognitivo o qual o instrumento se propõe investigar. O teste Wisconsin (WCST) foi utilizado em três artigos. No estudo de Luhar et al. (2013) esta escala foi usada tendo em vista a avaliação de funções executivas. Rigoni et al. (2014) avaliaram a partir da WCST, especificamente a flexibilidade cognitiva e Salgado et al. (2009) a impulsividade atencional. O Trail Making Test, partes A e B, foi utilizado nos estudos de Lee et al. (2015) e Luhar et al. (2013). No primeiro, visando avaliar a velocidade psicomotora e flexibilidade mental e no segundo as funções executivas. As Figuras Complexas de Rey foram usadas por Lee et al. (2015) para avaliar aprendizagem e memória visual, e por Rigoni et al. (2014) para avaliar a percepção visual e memória imediata.

DISFUNÇÕES COGNITIVAS IDENTIFICADAS

Foi possível observar que os grupos de alcoolistas apresentaram pior desempenho em tarefas que avaliavam funções como aprendizagem, memória, funções executivas, coordenação visomotora, lentificação psicomotora e diminuição da capacidade de percepção visual. Os estudos de Lee et al. (2015), Luhar et al. (2013) e Rigoni et al. (2014) constataram déficits na memória (para recordação imediata e tardia e memória visual). Todos os estudos (LEE et al., 2015; LUHAR et al., 2013; RIGONI et al., 2014; SALGADO et al., 2009) identificaram prejuízos associados às funções executivas (atenção sustentada, flexibilidade mental, inibição de respostas, dificuldade de usar informações previamente aprendidas para criar estratégias futuras e impulsividade).

Vale ressaltar que algumas diferenças puderam ser notadas quanto aos trabalhos que analisaram grupos de alcoolistas com e sem comorbidade (LEE et al., 2015; LUHAR et al., 2013). Em Lee et al. (2015), a presença de transtorno afetivo, além da dependência de álcool, não acarretou em uma exacerbação das disfunções cognitivas, embora a comorbidade psiquiátrica tenha sido preditiva de maior incapacidade funcional. No estudo de Luhar et al. (2013), por sua vez, constata-se que a presença de alcoolismo e tabagismo gerou déficits cognitivos mais severos no que diz respeito à memória (recordação imediata e recordação tardia), funções executivas e percepção social, em comparação com os grupos de alcoolistas não tabagistas.

IMPACTO DOS DÉFICITS COGNITIVOS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA

Os autores discutiram pontualmente os efeitos dos déficits cognitivos no tratamento da dependência, não tendo este como seu objetivo principal. Entretanto, todos eles ressaltaram a importância de estudos futuros ampliarem tal discussão.

Os autores Lee et al. (2015) abordaram que os déficits na aprendizagem verbal e visual, memória e inibição da resposta, além da comorbidade psiquiátrica (no caso, os transtornos afetivos), contribuíram de forma significativa para uma pior incapacidade funcional, sendo estes considerados fatores complicadores no tratamento da dependência de álcool. Rigoni et al. (2014) e Salgado et al. (2009) discutiram especialmente o impacto da disfunção da impulsividade na adesão ao tratamento e na manutenção da abstinência. Salgado et al. (2009) explicam que os resultados estão de acordo com a hipótese de que pacientes dependentes de álcool em abstinência podem ter dificuldade em: 1) inibir uma mudança atencional de um sinal de álcool (por exemplo, uma garrafa de bebida alcoólica), que está relacionada à impulsividade atencional; 2) tomar uma decisão sábia para evitar recompensa imediata (por exemplo, beber álcool) e ganhar a recompensa maior tardia (por exemplo, permanecer abstinente), que está relacionada à impulsividade não planejada, 3) inibir a resposta motora pré-potente (por exemplo, segurar a garrafa e beber), que está relacionada à impulsividade motora.

Luhar et al. (2013) foram os únicos que não discutiram o impacto dos déficits cognitivos no tratamento do alcoolismo ou mesmo do tabagismo. Os autores propõem que este ponto deve ser considerado em estudos futuros.

LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS

As limitações apontadas pelos estudos dizem respeito majoritariamente ao pequeno número amostral, que restringe a generalização dos achados. Os estudos de Lee et al. (2015) e Luhar et al. (2013) ainda ressaltam o fato de seus resultados necessitarem de um maior poder estatístico para que seja possível delimitar a relação de causalidade entre o alcoolismo, o transtorno comórbido e o desempenho cognitivo. Tais limitações devem ser consideradas ao se analisar os resultados dos trabalhos apresentados.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ESTUDOS QUE RELACIONAM AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E TRATAMENTO PARA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Algumas revisões de literatura realizadas anteriormente (LE BERRE et al., 2017; MARTELLI et al., 2017; OSCAR-BERMAN et al., 2014; SULLIVAN et al., 2017) apontaram que dependentes de álcool apresentam prejuízos cognitivos relativos à memória e funções executivas, corroborando o que foi também observado nos estudos deste capítulo. Le Berre et al. (2017) e Martelli et al. (2017) abordam uma série de estudos que demonstraram déficits associados a inibição cognitiva, flexibilidade cognitiva, memória de trabalho e resolução de problemas, todos componentes das funções executivas que também foram avaliados e que apresentaram déficits nos estudos que encontramos (LEE et al., 2015; LUHAR et al., 2013; RIGONI et al., 2014; SALGADO et., 2009).

Observamos também que a memória foi uma das funções amplamente afetada e relatada nos estudos em geral. Por exemplo, Pitel et al. (2007) afirmam que os déficits nos processos de codificação e recuperação da memória episódica, em alcoolistas recém abstinentes, podem afetar o aprendizado de informações verbais e não verbais. Le Berre et al. (2017) e Martelli et al. (2017) apresentam alguns resultados quanto aos alcoolistas recém- abstinentes. Este público apresenta um distúrbio de memória autobiográfico específico que afeta as dimensões episódica e semântica da memória. Além disso, observam-se prejuízos quanto à memória de origem, isto é, a capacidade de discriminar e lembrar a origem ou fonte da informação, referentes às informações aprendidas recentemente. Os estudos do presente capítulo (LEE et al., 2015; LUHAR et al., 2013; RIGONI et al., 2014) encontraram prejuízos associados à memória recente e tardia e memória visual.

Vale ressaltar que as funções cognitivas e a memória são constructos complexos, que abarcam diferentes dimensões. Uma questão que tem sido salientada na literatura refere-se ao fato de alguns estudos apresentarem seus resultados como se tais funções cognitivas fossem processos unitários, comprometendo a análise dos prejuízos num nível mais específico (SULLIVAN, 2017). Neste sentido, foi possível perceber que os estudos incluídos neste capítulo apresentaram os resultados a partir desta especificação em relação à dimensão da função cognitiva que estava sendo avaliada.

Apenas Luhar et al. (2013) avaliou processos relacionados à percepção social (reconhecimento de rostos e prosódia, nomeação e reconhecimento facial), encontrando um pior desempenho no grupo de alcoolistas/tabagistas. Castellano et al. (2015) destaca que os dependentes de álcool apresentam déficits em decodificar expressões faciais emocionais básicas e complexas. Estudos indicam

que há prejuízos relacionados à prosódia afetiva (MAURAGE et al., 2009). Outros aspectos relacionados à cognição social, como a Teoria da Mente, não foram avaliados nos estudos deste capítulo. Esta investigação se faz necessária tendo em vista que os déficits associados à cognição social afetam de modo direto as relações interpessoais de pacientes alcoolistas e, conseqüentemente, seu tratamento (LE BERRE et al., 2017; MARTELLI et al., 2017).

Segundo Le Berre et al. (2017), a abstinência pode resultar na recuperação real do prejuízo ou em mecanismos compensatórios na estrutura e função cerebral. O fato dos estudos de Lee et al. (2015), Rigoni et al. (2014) e Salgado et al. (2009) terem sido realizados com alcoolistas em período de desintoxicação é de suma importância, considerando que a recuperação cognitiva após um período de abstinência poderia comprometer os resultados das avaliações neuropsicológicas.

No que diz respeito à influência dos déficits cognitivos no tratamento, Le Berre et al. (2017) afirmam que os indivíduos em tratamento para dependência de álcool aprendem sobre o alcoolismo e o álcool, as conseqüências médicas e psiquiátricas relacionadas ao consumo e estratégias e técnicas para manutenção da abstinência. Entretanto, pacientes alcoolistas com comprometimento cognitivo podem apresentar dificuldades para adquirir novas informações semânticas e processuais, devido aos prejuízos associados à memória e funções executivas, comprometendo a eficiência das TCCs (ASSANANGKORNCHAI & SRISURAPANONT, 2007; BERGLUND et al., 2003; PITEL et al., 2007). Nesta perspectiva, a realização de uma avaliação neuropsicológica se mostra fundamental, para direcionar os terapeutas cognitivos na conceitualização do caso e planejamento adequado do tratamento.

Ademais, cabe ressaltar que há uma heterogeneidade no que se refere aos déficits cognitivos entre indivíduos dependentes de álcool. O alcoolismo é marcado por um curso dinâmico, que envolve períodos de abstinência e recaída, podendo abranger diferentes níveis de recuperação cognitiva. Além disso, o curso da dependência varia conforme os fatores demográficos relacionados à doença, como idade, padrões de consumo ao longo da vida e número de períodos de abstinência (LE BERRE et al., 2017; SULLIVAN, 2017). Os estudos do presente capítulo foram cautelosos ao estabelecer seus critérios de inclusão, de modo a dispor de uma amostra composta por indivíduos com perfis semelhantes. Contudo, uma importante limitação dos estudos foi o pequeno número amostral, que restringe a capacidade de generalização dos resultados.

De um modo geral, observa-se que durante os últimos dez anos poucos estudos foram publicados com o intuito de discutir a avaliação neuropsicológica de alcoolistas, mostrando uma lacuna na literatura sobre este assunto. Faz-se necessário ampliar a busca de estudos que discutam o impacto destes déficits

cognitivos no tratamento psicoterapêutico desta população bem como o papel da avaliação neuropsicológica neste contexto.

Em suma, o alcoolismo é um transtorno complexo e heterogêneo que requer habilidades cognitivas adequadas para lidar com situações de alto risco para a manutenção da abstinência. Neste sentido, a avaliação neuropsicológica desempenha um papel diferenciado no tratamento, tornando possível conhecer o perfil cognitivo do paciente de modo a aperfeiçoar o cuidado em saúde. Ressalta-se que mais estudos são necessários a fim de discutir como os déficits cognitivos decorrentes do alcoolismo podem influenciar na adesão ao tratamento bem como na eficiência da TCC.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR (4ª ed.). Artmed, 2002.

_____. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5ª ed.). Artmed, 2014.

ASSANANGKORNCHAI, S.; SRISURAPANONT, M. The treatment of alcohol dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(3), p. 222-227, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3280fa837d>.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70, 2004.

BERGLUND, M.; THELANDER, S.; SALASPURO, M.; FRANCK, J.; ANDREASSON, S.; OJHAGEN, A. Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(10), p. 1645-1656, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000090144.99832.19>.

CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; Andretta, I. Comorbidades Psiquiátricas no Tabagismo. *Alethéia*, (23), p. 65-74, 2006. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A190379693/IFME?u=anon-b7d295d4&sid=googleScholar&xid=be731fb0>. Acesso em: 20 de mai. de 2022.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CASTELLANO, F.; BARTOLI, F.; CROCAMO, C.; GAMBA, G.; TREMOLADA, M.; SANTAMBROGIO, J.; CLERICI, M.; CARRA, G. Facial emotion recognition in alcohol and substance use disorders: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 59, p. 147-154, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubio-rev.2015.11.001>.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C. S.; PINSKY, I.; CAETANO, R.; MITSUHIRO, S. S.; CASTELLO, G. Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Lenad. Unifesp, 2012.

LE BERRE, A.; FAMA, R.; SULLIVAN, E. Executive Functions, Memory, and Social Cognitive Deficits and Recovery in Chronic Alcoholism: A Critical Review to Inform Future Research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(8), p. 1432-1443, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/acer.13431>.

LEE, R. S. C.; DORE, G.; JUCKES, L.; REGT, T. D.; NAISMITH, S. L.; LAGOPOULOS, J.; TICKELL, A.; HICKIE, I. B.; HERMENS, D. F. Cognitive dysfunction and functional disability in alcohol-dependent adults with or without a comorbid affective disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 20(3), p. 222-231, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1080/13546805.2015.1014031>.

LUHAR, R. B.; SAWYER, K. S.; GRAVITZ, Z.; RUIZ, S. M.; OSCAR-BERMAN, M. Brain volumes and neuropsychological performance are related to current smoking and alcoholism history. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2013(9), p. 1767-1784, 2013. DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S52298>.

MARTELLI, C.; PETILLON, A.; BRUNET-LECOMTE, M.; MARCOS, R. M.; CHANRAUD, S.; AMIROUCHE, Am.; LETIERCE, A.; LEMAITRE, H.; AUBIN, H.; BLECHA, L.; REYNAUD, M.; MARTINOT, J.; BENYAMINA, A. Neuropsychological impairment in detoxified alcohol-dependent subjects with preserved psychosocial functioning. *Frontiers in Psychiatry*, 8, Artigo 193, 2017. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00193>.

MONTI, P. M.; KADDEN, R. M.; ROHSENOW, D. J.; COONEY, N. L.; ABRAMS, D. B. Treating Alcohol dependence: A coping skills training guide. The Guilford Press, 2006.

MAURAGE, P.; CAMPANELLA, S.; PHILIPPOT, P.; CHAREST, I.; MARTIN, S.; DE TIMARY, P. (2009). Impaired emotional facial expression decoding in alcoholism is also present for emotional prosody and body postures. *Alcohol and Alcoholism*, 44(5), p. 476-485, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg037>.

OSCAR-BERMAN, M.; VALMAS, M. M.; SAWYER, K. S.; RUIZ, S. M.; LUHAR, R. B.; GRAVITZ, Z. R. Profiles of impaired, spared, and recovered neuropsychological processes in alcoholism. *Handbook of Clinical Neurology*, 125, p. 183-210, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-62619-6.00012-4>.

PITEL, A. L.; BEAUNIEUX, H.; WITKOWSKI, T.; VABRET, F.; GUILLERY-GIRARD, B.; QUINETTE, P.; DESGRANGES, B.; EUSTACHE, F. Genuine episodic memory deficits and executive dysfunctions in alcoholic subjects early in abstinence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(7), p. 1169-1178, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00418.x>.

REHM, J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 34(2), p. 135-143, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307043/>. Acesso em: 20 de mai. de 2022.

RIGONI, M. S.; IRIGARAY, T. Q.; MORAES, J. F. D.; FERRÃO, Y.; OLIVEIRA, M. S. Desempeño neuropsicológico y características sociodemográficas en pacientes alcohólicos en tratamiento. *Addiciones*, 26(3), p. 221-229, 2014. DOI: <https://doi.org/10.20882/addicciones.3>.

_____; SUSIN, N.; TRENTINI, C. M.; OLIVEIRA, M. S. Alcoolismo e avaliação de funções executivas: Uma revisão sistemática. *Psico*, 44(1), p. 122-129, 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/iberoamericana/N%C3%83%C6%92O%20https://www.scimagojr.com/index.php/revistapsico/article/view/10825>. Acesso em: 20 de mai. de 2022.

RIPER, H.; ANDERSSON, G.; HUNTER, S.B.; WIT, J.; BERKING, M.; CUIJPERS, P. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivacional interviewing: a meta-analysis. *Addiction*, 109(3), p. 394-406, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.12441>.

SALGADO, J. V.; MALLOY-DINIZ, L. F.; CAMPOS, V. R.; ABRANTES, S. S. C.; FUENTES, D.; BECHARA, A.; CORREA, H. Neuropsychological assessment of impulsive behavior in abstinent alcohol-dependent subjects. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), p. 4-9, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000100003>.

SARTES, L. M. A.; SHIGAEFF, N.; RIBEIRO, N. S. Neuropsicologia Clínica e TCC no tratamento dos Transtornos por Uso de Substâncias. In: F. M. Lopes, & N. Dias. (Orgs.). *Neuropsicologia e Terapia Cognitivo-Comportamental: interfaces e contribuições*. Ampla, p. 164-183, 2020.

SERRA, A. M. M. Teoria e Terapia Cognitiva. In: N. A. Zanelatto & R. Laranjeira, (Eds.). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo - comportamentais - um guia para terapeutas. Artmed, p.106-121, 2013.

STAVRO, K.; PELLETIER, J.; POTVIN, S. Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addiction Biology*, 18(2), p. 203-213, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x>.

STEPHAN, R. A.; ALHASOON, O. M.; ALLEN, K. E.; WOLLMAN, S. C.; HALL, M.; THOMAS, W. J.; GAMBOA, J. M.; KIMMEL, C.; STERN, M.; SARI, C.; DALENBERG, C. J.; SORG, S. F.; GRANT, I. Meta-analyses of clinical neuropsychological tests of executive dysfunction and impulsivity in alcohol use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(1), p. 24-43, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1206113>.

SULLIVAN, E. V. Contributions to understanding the neuropsychology of alcoholism: An INS Legacy. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(9-10), p. 843-859, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1355617717000674>.

WHITE, I. R.; ALTMANN, D. R.; NANCHAHAL, K. Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *British Medical Journal*, 325, p. 1-7, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7357.191>.

World Health Organization. (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to select major risks. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Status Report on alcohol and health, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf. Acesso em: 20 de mai. de 2022.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental - um guia ilustrado. Artmed, 2008.

ZANELATTO, N. A; LARANJEIRA, R. O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais - um guia para terapeutas. Artmed, 2013.

Percepção social dos fiscais sanitários de uma microrregião de Minas Gerais sobre Vigilância Sanitária

*Vanessa Barbosa Almada Vargas
Luciana Xavier Senra*

O presente capítulo possui a finalidade de apresentar um relato de pesquisa desenvolvida entre os anos de 2019 e 2020 junto ao curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Petrópolis (RJ) para obtenção do título de mestra em Cognição Social da primeira autora. Para essa proposta, o texto é apresentado nas sessões de introdução ao tema investigado para breve clarificação dos construtos fundamentais ao estudo; o percurso metodológico; os resultados e discussões dos dados apurados acerca da Percepção Social dos Fiscais Sanitários de uma micro região de Minas Gerais sobre Vigilância Sanitária; e, por fim, algumas considerações finais relativas ao tema, tendo em vista que o período de desenvolvimento da pesquisa ocorreu no advento da pandemia da covid-19.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA, PERCEPÇÃO SOCIAL E FISCAIS SANITÁRIOS

A Vigilância Sanitária (VISA) tornou-se uma área do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecida por ações e regulação dos serviços de saúde, com atividades relacionadas à produção de bens e serviços de interesse a este seguimento, nos setores público e privado. Seis, das oito atribuições do SUS, referem-se à e VISA, demonstrando a sua extensa atuação na solidificação do SUS (JULIANO, 2004); bem como as implicações econômicas, legais, políticas, éticas e sociais. Possui caráter prioritário devido a especificidade essencialmente preventiva (LUCCHESI, 2001).

A descentralização das ações de VISA é um princípio norteador e uma estratégia de reforço nas três esferas de governo. Para ser eficaz, necessita de recursos financeiros, suporte técnico e ferramentas de gestão importantes ao fortalecimento da federação e da responsabilidade institucional no país (BRASIL, 2003). Atualmente, a redução da carga administrativa e o excesso de burocracia

no serviço público são objetos de diversas ações governamentais para promover crescimento geral em níveis municipal, estadual e federal.

Em Minas Gerais, por meio do instrumento legal que adota a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) para as atividades econômicas sujeitas ao controle sanitário e classificação de risco, foi iniciado o processo de licenciamento sanitário simplificado. Trata-se de favorecer a fiscalização em detrimento dos trâmites cartoriais, sendo um novo modelo de licenciamento sem prejuízos à ação regulatória (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2019).

É nesse cenário que a proposta de flexibilidade e desburocratização do licenciamento sanitário é apresentada como uma ferramenta para ampliar o controle e legitimar a eficácia do serviço. De fato, trata-se de eliminar os obstáculos burocráticos, reduzindo certas ações que, sem prejuízo da legalidade e do poder de polícia sanitária, desobriguem alguns estabelecimentos, com grau de risco menor, do cumprimento de alguns itens necessários à liberação do alvará sanitário. Isso exige compreender como os fiscais de VISA percebem seus processos de trabalho.

O estudo ora relatado se fundamenta no conceito de Percepção Social, o qual permite entender como as pessoas se percebem e percebem os outros, e como essas percepções podem explicar, descrever, prever e orientar o comportamento social e, neste caso, do trabalho em VISA. O conceito possibilita compreender o comportamento social, considerando as estruturas e os processos cognitivos inerentes à relação entre contextos e condutas (ARONSON et al., 2015; DEVINE et al., 1994; FISKE & TAYLOR, 2017). Nesse sentido, as percepções das pessoas são influenciadas por vários fatores, incluindo sua própria experiência no uso de serviços, a experiência de outras pessoas, sua visão de como deveria ser determinada atividade e a formação de uma opinião geral baseada no que é transmitido na mídia.

Acerca das percepções dos profissionais da VISA, tendem a acrescentar elementos de experiência pessoal, expectativas de trabalho e informações recebidas de diferentes fontes. Nota-se que a percepção social dos processos de trabalho, principalmente no contexto da VISA, pode ser importante ferramenta para planejamento e tomada de decisão relativa às políticas públicas de saúde, contemplando a assistência, as estratégias, a instrumentação e infraestrutura (FISKE & TAYLOR, 2017; OGDEN, 2004; STRAUB, 2014). A pesquisa visou analisar a percepção social dos trabalhadores sobre as variáveis desafiadoras à estrutura e gestão dos processos de trabalho nas VISA's.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória, com amostra de conveniência e técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016) para tratamento dos dados, junto à profissionais das VISA's de uma microrregião de MG, realizada em ambiente

virtual. A pesquisa foi norteada pelos princípios da Resolução 466 de 2012 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob parecer número 4.109.741, CAAE 33640620.4.00005281.

Participaram trinta e quatro (n=34) pessoas designadas, formalmente, como fiscal ou autoridade sanitária para fiscalização junto a Gerência Regional de Saúde, da cidade de Leopoldina-GRS-MG, unidade administrativa da Secretaria Estadual de Saúde-SES-MG. Essa amostra de conveniência levou em conta o universo de 45 profissionais de VISA envolvendo duas microrregiões de saúde com 15 municípios, ponderando como critério de exclusão os que estivessem em férias regulamentares, licenças ou em afastamento.

A coleta de dados ocorreu em ambiente virtual devido à pandemia da covid-19 mantendo o distanciamento social e atendendo as recomendações do Ministério da Saúde e de demais autoridades à época. A plataforma que abrigou o protocolo de instrumentos (TCLE e o questionário) foi o Google Forms, o qual gerou o link para acesso e possibilitou a exportação dos dados para as análises de dados. O questionário semiestruturado foi elaborado especialmente para o estudo, com referência do trabalho Levantamento da percepção dos profissionais sobre as ações de formação e desenvolvimento profissional ofertadas pelos entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, realizado pela ANVISA (2019).

O instrumento continha 06 questões objetivas para caracterizar histórico profissional; e 07 investigaram experiência profissional em VISA. Para explorar a percepção de VISA, risco sanitário e relacionamento fiscal, 03 questões fechadas e 01 discursiva. Acerca das interferências no trabalho 06 questões fechadas e 01 aberta; e, para finalizar, 01 questão fechada e três questões abertas investigaram: a desburocratização das ações; a promoção e proteção à saúde da população e as mudanças nas rotinas de trabalho; e o estado de saúde física durante a pandemia da covid-19. As opções de resposta em escala tipo Likert de cinco pontos, variando de discordo totalmente à concordo totalmente e/ou totalmente insatisfatório ou totalmente satisfatório. Este formato é válido também para instrumentos na modalidade de pesquisa qualitativa inclusive online (GÜNTER, 2003; PASQUALI, 1996).

Para viabilizar a compreensão da análise dos dados apurados, os participantes (n=34) foram identificados pela letra R (respondente), seguida por números arábicos sequenciais, em ordem crescente (R1, R2...R34). Por meio de critério semelhante, os municípios são referenciados pela letra M (município), seguida por números arábicos sequenciais (M01 à M15), porém sem relação com a ordenação dos participantes. A análise frequencial e temática de Bardin (2016) foi empregada junto aos conteúdos para identificar elementos que possibilitassem inferências sobre a percepção social das variáveis desafiadoras ao trabalho e o significado da experiência vivenciada no contexto de atuação em VISA. A técnica permitiu

a exploração do material e a nomeação de categorias globais e respectivas subcategorias: (A) Experiência profissional e infraestrutura, subcategoria A.1 Interferências no trabalho e a descentralização; categoria (B) Entendimento de VISA, risco sanitário e relacionamento fiscal, subcategoria B.1 Desburocratização de ações e promoção da saúde da população; e categoria (C) Trabalho no contexto de Pandemia e saúde mental do profissional em VISA.

PERCEPÇÃO SOCIAL DOS FISCAIS SANITÁRIOS DE UMA MICRORREGIÃO DE MINAS GERAIS SOBRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: RESULTADOS E DISCUSSÕES

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E INFRAESTRUTURA - CATEGORIA A

Dos 34 participantes, 24 são do sexo feminino, 9 são do sexo masculino e 01 (um) não informou o gênero. A variação de idade ficou entre os 28 e os 66 anos. O tempo de serviço na VISA variou de 05 meses a 28 anos e 11 meses. A maioria dos profissionais possui ensino superior completo e carreira marcada por vinculação efetiva. Tal fato é observado quando foi verificado que 82,4% (28) efetivos, o que diminui consideravelmente a alta rotatividade; enquanto 17,6% (6) são contratados.

Em relação às condições de trabalho, considerando equipamentos e materiais, 35,3% (12) dos participantes assinalaram “nem insatisfeitos, nem satisfeitos”; 29,4% (10) “satisfeitos, com materiais e equipamentos suficientes”; e 26,5% (9) declararam “insatisfeitos, com equipamentos e materiais insuficientes”. Na prática encontram-se VISAs municipais com condições mínimas para o desempenho de suas ações, e, em menor número, VISAs plenamente estruturadas para desenvolverem adequadamente suas ações. Ressalta-se um aspecto positivo, que foi a ausência da precariedade na infraestrutura organizacional e operacional não prevalecendo na maioria das VISAs municipais avaliadas, porém a falta de autonomia na alocação de recursos destinados a VISA e de autogestão do trabalho é um grande dificultador desse processo de estruturação. Ao avaliar o quesito remuneração, 38,2% (13) se mostraram “totalmente insatisfeitos”, 23,5% (8) “insatisfeito”, 23,5% (8) “nem insatisfeito, nem satisfeito” e 14,7% (5) “satisfeitos”.

A falta de assessoria jurídica e proteção judicial para execução das ações de VISA pôde ser considerada um dos principais fatores que limitam o desenvolvimento e a eficácia das ações regulatórias e em relação a esse quesito, 38,2% (13) dos participantes declararam “insatisfeitos”; 26,5% (9) “nem insatisfeitos, nem satisfeitos”; 17,6% (6) “satisfeito” e 17,6% (6) “totalmente insatisfeito”. Há que se considerar que, 50% (17) dos respondentes se mostraram “satisfeitos”; 23,5% (8) “insatisfeitos” e 20,6% (7) “nem insatisfeitos, nem satisfeitos”, em relação a satisfação pessoal no

trabalho de VISA, 44,1% (15) se mostraram “satisfeitos”, 35,3% (12) “nem insatisfeito, nem satisfeito” e 17,6% (6) “insatisfeitos”, em relação a carreira profissional.

Quanto a segurança na execução das ações de VISA, 41,2% (14) se mostraram “inseguros”; 32,4% (11) “seguros” e 23,5% (8) “nem inseguros, nem seguros”. Isso mostra a fragilidade do sistema de VISA municipal. Em contrapartida, apesar de se sentirem inseguros para executarem as ações de VISA, 58,8% (20) se consideram “qualificados e preparados” e 32,4% (11) “nem preparado e qualificado, nem sem preparo e sem qualificação”.

Em relação a percepção das interferências no processo de trabalho em VISA foi verificado que: 61,8%(21) perceberam ser a “interferência política”, 11,8%(4) o fato de ter “profissionais contratados e não efetivos”, 23,5%(8) “qualificação técnica precária do fiscal municipal” (há que se considerar que no item do questionário onde foi perguntado sobre a qualificação e preparo dos profissionais para executarem as ações de VISA, ninguém afirmou precariedade nesse quesito); 35,3%(12) “ausência de autonomia administrativa para atuação fiscal”, 29,4%(10) “falta de moralidade por parte dos gestores (prefeitos e secretários municipais de saúde) na condução de suas funções relativas a VISA”, 32,4%(11) apontaram para “estrutura física e organizacional deficiente”, 58,8% (20) “recursos humanos, materiais e financeiros insuficientes”, 23,5%(8) a “falta de apoio administrativo pelo (a) secretário (a) municipal de saúde”, 17,6%(6) “falta de apoio da VISA/GRS/Leopoldina nas ações municipais” e 32,4%(11) “pouca credibilidade pelo setor regulado nas ações executadas pela VISA”. A SES-MG, não tem instrumento legal que defina a composição ideal da equipe mínima de VISA para o estado, portanto a quantidade de profissionais deve ser calculado de acordo com número, porte e diversidade de estabelecimentos sujeitos a VISA no território, ficando a critério de cada município fazer essa definição.

Os problemas da VISA não são apenas jurídicos, técnicos ou de recursos humanos, mas políticos, vinculados à gestão e à cultura do povo brasileiro, que estão habituados na informalidade da aplicação dos instrumentos legais, de considerar o interesse privado em detrimento do coletivo, destacando que os problemas da VISA vão além da precariedade de determinados municípios na realização de suas ações. Isso é o que é chamado no estudo da percepção social de atribuição externa. Ou seja, a “inferência de que uma pessoa (no caso a VISA) se comporta de certa forma devido a algo circunstancial, da situação em que se encontra; a suposição de que a maioria das pessoas responderia da mesma forma àquela situação” (ARONSON et al., 2015, p. 67).

Isso pôde ser bem observado quando 32,4% (11) dos participantes consideraram ser “grande” o grau de interferência política nas ações de VISA; 8,8% (3) “muito grande”, 26,5% (9) disseram ser “pouca” e 26,5% (9) consideraram “moderado”. Aliado a isso 32,4% (11) dos participantes julgaram que ao grau de interferência

das particularidades locais percebidas são “moderadas”; 8,8% (3) identificaram ser “muito grande”, 26,5% (9) “grande” e 29,4% (10) consideraram ser “pouca”.

No quesito grau de interferência de gestão: 35,3% (12) consideraram “moderado”; 35,3% (12) julgaram ser “pouco”, 17,6% (6) “grande” e 8,8% (3) consideraram que “não há nenhuma interferência”. Lucchese (2001) afirma que a gestão deve sempre buscar as melhores respostas aos problemas que envolvem riscos à saúde da população, com ação política justamente para resolver os conflitos e não para estabelecê-los ou mantê-los. Outras colocações apresentadas pelos participantes, mesmo que em menor ocorrência, mas importantes para essa discussão, dizem respeito a falta de consciência sanitária dos gestores, que envolvem a VISA em questões políticas de difícil resolução.

Ao analisar a efetividade da VISA Municipal para fiscalizar, infracionar e orientar os estabelecimentos: foi verificado que 44,1% (15) consideraram “satisfatória”; 26,5% (9) “nem satisfatória, nem insatisfatória” e 23,5% (8) “insatisfatória”. Apesar do fortalecimento dos serviços de VISA ao longo dos anos, a autonomia na busca por produtos e serviços de qualidade por meio do cumprimento das normas sanitárias ainda é limitada. Muitas ações têm repercussões econômicas e sociais e, muitas vezes, os profissionais sob pressão política e administrativa se limitam ou deixam de agir em determinadas situações, especificamente os que não tem vínculo efetivo.

A descentralização da VISA é importante e essencial, devendo ocorrer de forma responsável. Da amostra pesquisada, foi verificado que 50% (17) consideraram “nem insatisfatório, nem satisfatório” o processo de descentralização das ações de VISA da esfera estadual para a municipal; 29,4% (10) julgaram “satisfatório” e 14,7% (5) “insatisfatório”. Os respondentes consideram a falta de recursos humanos, desvalorização salarial, estrutura física e administrativa, falta de apoio por parte da gestão e falta de autonomia administrativa, como parte integrante de uma descentralização ineficaz, contribuindo negativamente para os processos e práticas de trabalho da VISA. Para alguns participantes, o impacto da descentralização provocou uma reorganização do trabalho, uma mudança na estrutura e no processo, fortalecendo e gerando novos tipos de interações e reenquadramento das ações.

Nota-se que embora a descentralização das ações de VISA esteja preconizada desde a Lei nº 8080 de 1990, alguns dos participantes a consideram nova e em processo de construção, levando em consideração a nova Resolução do PDVISA, com incentivo financeiro para o ano de 2020 para realização das ações de VISA.

Em se tratando do conceito de VISA, apontado na Lei 13.317 de 24 de setembro de 1999, como o

Conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do

meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (MINAS GERAIS, 1999, art. 75).

Entre os respondentes, 23,5% (8) assinalaram “Concordaram totalmente” com a definição e 76,5% (26) “concordaram”, podendo ser considerado que todos eles entendem o conceito propriamente dito.

Na perspectiva de que a VISA é tratada como um campo amplo de atuação, a percepção dos participantes quanto à definição de risco sanitário ratificou que há um entendimento no conceito como um todo, podendo ter sido verificado que não há dificuldade em identificá-lo na prática das ações de VISA, pois 73,5% (25) responderam que “a maioria das vezes” sabe identificar o risco sanitário durante uma inspeção para tomar medidas sanitárias cabíveis; 14,7% (5) responderam que “as vezes sim, as vezes não” e 11,8% (4) “sempre sabem”.

Para Lucchese (2001), a avaliação de risco é um processo analítico fundamentado em considerações científicas, mas, também, requer julgamento quando as informações disponíveis no processo são incompletas. Os julgamentos envolvem considerações de natureza diferente, científicas, políticas e percepções destas nuances.

A percepção dos participantes, quanto à definição e avaliação de risco, muitas vezes vinculadas ao princípio da precaução e não à avaliação do risco em si, reforçam o fato de possuírem diversos determinantes que algumas vezes produzem escolhas individuais e até políticas públicas, principalmente quando a situação é incerta. Dessa forma, evidencia que o trabalho da VISA é pautado na regulação do risco sanitário através de regulamentos, controle e fiscalização de produção e consumo de bens e serviços relacionados à saúde (COSTA, 2004).

O poder de polícia sanitária tem atributos de grande impacto para o desempenho da eficácia das ações de VISA, como o respeito aos princípios da administração pública em todos os seus atos, os quais determinarão a qualidade e o respeito à atuação do fiscal de VISA sem a necessidade de impor medo ou desrespeitar as relações humanas. Na amostra trabalhada foi verificado que em relação ao relacionamento do fiscal com o setor regulado, 47,1% (16) disseram ser “satisfatório”; 38,2% (13) “nem insatisfatório, nem satisfatório” e 14,7% (5) disseram ser “insatisfatório”.

Assevera Lucchese (2001), que as ações de VISA procuram implementar conceitos e atitudes éticas quanto à qualidade das relações, processos produtivos, meio ambiente e serviços. Foi observado que a promoção e proteção da saúde

da população frente às ações de VISA são consideradas satisfatórias para 67,6% dos participantes, 20,6% nem insatisfatória, nem satisfatória e 8,8% insatisfatórias. Nesse sentido, a VISA, ao proporcionar uma visão mais completa do processo saúde-doença, expande o conceito de saúde e sua integração nos diferentes níveis de atenção. Assim, permite que a lógica do modelo de atenção hospitalocêntrica, centrado na ação curativa, evolua para um modelo de atenção à saúde global, constituindo-se em um sistema de atenção voltado para a defesa da promoção e prevenção da saúde (SILVEIRA, 2012). Para ilustrar as discussões supracitadas, é interessante expor os relatos acerca da experiência profissional e infraestrutura, salientando as interferências no trabalho e processos de descentralização (Tabela 1).

Tabela 1 -Categoria A - Experiência profissional e infraestrutura

Subcategoria A1	Respondente e Conteúdo
Interferências no trabalho e a descentralização	<p>R10: Durante o processo de descentralização o município vira o principal responsável pelas ações, cabe ao fiscal sanitário ser conciliador entre a VISA e os estabelecimentos. ... Também deverá ter poder em realizar as ações não podendo ter em momento alguma interferência política entre as ações de prevenção e atuação no município.</p> <p>R17: Esse processo de descentralização gera uma maior autonomia para os fiscais municipais atuarem. Mas ainda falta um apoio de todos os setores administrativos, quanto ao cumprimento das leis. Essa ausência de apoio acaba por fazer com que o setor regulado não leve a sério nosso trabalho.</p> <p>R18: Quanto ao PDVISA, essa mudança ocorreu este ano, que está muito confuso para a atuação da vigilância sanitária. ... Não temos como avaliar resultados, estamos trabalhando com pessoal reduzido, com serviço de fiscalização de decretos da covid-19 e com alguns dos estabelecimentos licenciados com alvará revogado.</p>

Fonte: As autoras, (2022)

Nota-se que foram elencados apenas alguns dos conteúdos que ilustraram essa categoria. Os demais participantes relataram que para a efetividade das ações de VISA, é necessário a nomeação de mais fiscais, pois toda a fiscalização está sobrecarregada, sendo importante o treinamento desses profissionais, pois leva-se um longo prazo para formar um fiscal com autonomia e segurança para realizar as ações exigidas pelo Estado; que o processo de descentralização, oferece ao município autonomia nas tomadas de suas decisões. O PDVISA fortalecerá as ações da Visa, o repasse financeiro do programa, trará melhorias das condições de trabalho para o setor, entre outros relatos não menos importantes.

ENTENDIMENTO DE VISA, RISCO SANITÁRIO E RELACIONAMENTO FISCAL - CATEGORIA B

Ao avaliar a percepção sobre o atual modelo de desburocratização das ações de VISA, como o licenciamento sanitário simplificado, observou-se que a maioria é desfavorável. O aprendizado desse modelo só se desenvolverá a partir de uma análise crítica dos saberes que cada profissional de VISA exerce em seu dia a dia, requer autorreflexão e abertura a algo que é novo, às possibilidades que surgem presentes para quem pretende fazer parte do processo de construção dessa nova forma de trabalho em VISA. De fato, o licenciamento sanitário simplificado, trata de eliminar os obstáculos burocráticos, reduzindo certos processos, atos e ações que, sem prejuízo da legalidade e do poder de polícia sanitária, desobriguem alguns estabelecimentos, com grau de risco menor e menos complexo do cumprimento de alguns itens necessários à liberação do alvará sanitário. Isso pôde ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 -Categoria B - Entendimento de VISA, risco sanitário e relacionamento fiscal

Subcategoria B1	Respondente e Conteúdo
Desburocratização de ações e promoção da saúde da população	<p>R4: Considero relativamente satisfatório o novo modelo de desburocratização, visto que a liberação dos Alvarás Sanitários para os serviços classificados como risco B, sem prévia fiscalização, tornar-se um risco de saúde para a população, de acordo com as atividades de cada serviço. No entanto, sabemos que será realizado uma posterior fiscalização ao serviço.</p> <p>R17: O processo simplificou por um lado, pois as pessoas não precisam depender da Visa para iniciar uma atividade, dependendo do risco. Mas por outro lado, as pessoas estão achando que estão livres da inspeção e do alvará, pelo mesmo motivo.</p> <p>R22: Acho necessário para fluir melhor a economia pois são observados os baixos riscos sanitários, pois assim é possível dar prioridade ao que realmente é necessário. No entanto, precisaríamos de mais fiscais para não abandonar os estabelecimentos dispensados. Pois nas ações da covid-19 percebemos que alguns estabelecimentos já perderam a qualidade do serviço devido a dispensa da licença Sanitária.</p>

Fonte: As autoras, (2022)

Observa-se que outros participantes também relataram que gostaram do processo de desburocratização, pois gerou agilidade no serviço; outros acharam que favoreceu as empresas, mas aumentou o risco sanitário; assim como mencionaram

se tratar de um processo irresponsável e perigoso e/ou muito recente, que impede avaliação precisa do modelo.

TRABALHO NO CONTEXTO DE PANDEMIA E SAÚDE MENTAL DO PROFISSIONAL EM VISA - CATEGORIA C

Aliado a todo esse processo de mudança decorrente das interferências nos processos de trabalhos de VISA e acerca da desburocratização, emerge a pandemia da covid-19, um dos maiores desafios de saúde pública neste século. A covid-19 é uma infecção respiratória causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) (BRASIL, 2020). Para tentar compreender esse contexto, é interessante mencionar uma importante área da psicologia, a Psicologia da Saúde, que contribui para a promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças, melhoria do sistema de saúde e desenvolvimento de políticas de saúde (MATARAZZO, 1980; ROBBINS et al., 2020).

De acordo com a Psicologia da Saúde, a doença pode ser causada por uma multiplicidade de fatores, sendo uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, como comportamento, crenças, adaptação, estresse e fatores sociais. Nesta perspectiva é removido o pensamento linear de causa e efeito e se corrobora o modelo biopsicossocial de saúde (BARLETTA, 2010; KIM & KIM, 2020; LEIGH et al., 2020; ZHANG et al., 2021).

As tentativas de compreender melhor o relacionamento entre os processos cognitivos e as ações relativas à saúde devem ser incentivadas, buscando-se propostas de intervenção eficazes para obter da população comportamentos de autocuidado com a saúde (COLETA, 1999; LEIGH et al., 2020; ZHANG et al., 2021). Em face das medidas preventivas de distanciamento social e cumprimento dos decretos municipais e estadual, fechando e limitando o funcionamento dos estabelecimentos em geral, há que se considerar o agravamento da crise econômica e social já vivenciada pelos municípios e, muitas vezes, o trabalhador e a própria população não entendem a real necessidade da ação fiscal da VISA em fazer cumprir os regulamentos, levando a condutas desrespeitosas por parte do setor regulado a esses profissionais.

Entende-se a insegurança do setor regulado e da população em geral frente a crise econômica como resultado da pandemia ou pelas consequências por ela trazidas. Trabalho, emprego e renda foram particularmente afetados, o medo de contágio, as mudanças na rotina, entre outros fatores atingiram as pessoas e os trabalhadores do presente estudo. Entretanto, não é justificável destratar o profissional que fiscaliza o cumprimento das leis sanitárias, que lutam diariamente contra a pandemia, no intuito de proteger a saúde da população. Infere-se a isso que a compreensão do comportamento do outro será então baseada no que nossos

sentidos captaram com o que estamos pensando, formando assim a interpretação desse comportamento (BARLETTA, 2010; KIM & KIM, 2020; LEIGH et al., 2020; ZHANG et al., 2021).

Refletir sobre a importância dos comportamentos e crenças em saúde na compreensão do processo saúde-doença, bem como destacar os principais modelos de cognição social aplicados neste contexto, e explicar as variáveis que interferem na emissão de comportamentos favoráveis para a saúde tem melhores resultados baseados nos modelos de cognição social (BARLETTA, 2010; ZHANG et al., 2021).

Conhecer as condições de trabalho e desenvolver ações voltadas à capacitação dos trabalhadores para o desenvolvimento de suas atividades laborais é primordial para a organização do trabalho e para as medidas que priorizam a saúde dos profissionais e que visam enfrentar e conter a pandemia nos serviços (BRASIL, 2018; ROMERO & DELDUQUE, 2017; COMITÊ CIENTÍFICO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS DO CONSÓRCIO NORDESTE, 2020).

Diante do atual cenário epidemiológico, pôde ser percebido nas respostas dos profissionais de VISA, que as condições de trabalho incluem longas jornadas, ritmo intenso, desvalorização profissional, conflitos interpessoais, entre outros fatores que desencadeiam estresse físico e psicológico, como medo de se infectar ou transmitir o vírus para familiares, amedrontando e gerando insegurança pessoal (Tabela 3).

Tabela 3- Categoria C – Trabalho no contexto da Pandemia e saúde mental do profissional de VISA

Respondente	Conteúdo
R 8	Sim. Sou um exemplo me encontro afastada depois de 5 meses sofrendo ameaças, difamações, calúnias em rede social, hostilidade, pressão, trabalho exaustivo, estressante, acumulado, e com suposto respaldo digamos nos decretos tendo que brigar para tentar fazer cumprir sozinha. Agora estou em casa de férias tentando restabelecer meu sono e a normalidade de minhas funções que estão seriamente comprometidas com medicamentos e tratamentos para ansiedade e retomar a autoestima para minha função.
R 21	Em alguns momentos tive muita ansiedade, medo e dúvida. Entretanto não me senti incapaz e atualmente já me sinto tranquila em relação as ações que preciso tomar. A nossa rotina mudou completamente, pois é um tipo de serviço muito estressante pra nós profissionais. Por conta da pandemia estamos fiscalizando pessoas, festas particulares, situações muito complicadas pra nós.
R 22	Está sufocante! Muita demanda, pouca gente. Muita cobrança, muitas ofensas por parte da população. Não estamos conseguimos atender todas as demandas, somos obrigados a escolher. Colegas de trabalho se afastaram por pânico, por não estarem aguentando a pressão. Os sentimentos de incapacidades são rotineiros, mas tenho tentado conduzir estas questões de forma que não me atinjam a minha autoestima. Mas está é uma busca muito pessoal.

Fonte: As autoras, (2022)

A pandemia covid-19 levou o mundo a uma crise sanitária e humanitária, testando a espécie humana em várias dimensões (LIMA et al., 2020), provocando mudanças no estado de saúde física e mental das pessoas e, no caso dos profissionais

de VISA, sensação de ansiedade, sentimentos de incapacidade, exaustão física, psicológica, compulsão alimentar e baixa autoestima. Isso foi explicitado nas respostas dos participantes ao serem solicitados a escreverem a partir de suas percepções se a pandemia por covid-19 provocou mudanças no estado de saúde.

As variáveis que podem ser incluídas como mediadoras do processo saúde-doença são diversas e o nível de interferência varia de acordo com as situações. Há as variáveis orgânicas, como fatores fisiológicos, anatômicos e imunológicos, tal como as variáveis psicológicas ou comportamentais, como habilidades cognitivas e emocionais (pensamentos, percepções, expectativas, sentimentos, hábitos, crenças e comportamentos de risco) (BARLETTA, 2010; LEIGH et al., 2020; ZHANG et al., 2021).

No contexto da pandemia da covid-19, em comparação com crises sociais e econômicas semelhantes, observam-se consequências relevantes, como o aumento dos conflitos familiares, insegurança, sensação de baixa autoestima, aumento do uso de medicamentos controlados, sentimento de impotência, frustração, exacerbação de transtornos de humor e tentativas de suicídio (BLUSTEIN et al., 2020; WHO, 2020).

Por si só, o medo da pandemia, que pode ser crônico ou um fator que amplifica a ameaça existente, pode atuar como um estímulo desencadeante de problemas de saúde mental (ORNELL et al., 2020). Além disso, o medo do contágio, os horários de trabalho intensos, os estressores ambientais profissionais, a necessidade de lidar com as pressões psicológicas, tornam os profissionais de saúde suscetíveis à perda de qualidade de vida. Todos esses pontos foram mencionados pelos respondentes. Portanto, é importante chamar a atenção para os cuidados com a saúde mental no ambiente de trabalho. Esta preocupação, o ajustamento psicológico e a recuperação dos profissionais devem ser uma constante no sentido de investir na saúde e no bem-estar dos trabalhadores, não apenas em situações de crise e emergência (MAMERI, 2020).

Considerando as evidências emergentes sobre estressores psicológicos potencialmente prejudiciais na atividade laboral realizada, é importante planejar políticas públicas de saúde, voltadas às medidas preventivas para a saúde mental dos profissionais que atuam na linha de frente a pandemia da covid-19. Ainda que haja algum desconforto, manter-se firme, razoavelmente equilibrado e produtivo será um desafio para muitas pessoas, tendo em vista os efeitos prolongados da pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa explicitou alguns dos impactos apresentados pelo PDVISA, mesmo que tenham ocorrido muitos avanços no processo de descentralização em VISA. Observou-se questões de entrave tais como a tradição centralizadora e burocratizada, escassez de recursos financeiros, descontinuidades nas políticas públicas a cada governo municipal; e interferência de interesses privados contrários ao público, por fator econômico ou político.

Quanto às expectativas e desafios relativos ao atual processo de desburocratização das ações, como o licenciamento sanitário simplificado, notou-se lacuna entre a atual ação de VISA e sua idealização para a proteção da saúde da população. Portanto, sugere-se revisão dos processos de trabalho e divisão de responsabilidades com setor regulado, buscando envolvê-los no conhecimento das leis e no comprometimento com a promoção e prevenção da saúde. Trata-se de um desafio, que sugere ameaça ou oportunidade, implicando novas maneiras de pensar o processo de atuação da VISA.

Atrelada aos processos de VISA, os profissionais se depararam com transformações no trabalho devido à pandemia por covid-19 e a influência disso na saúde mental. Déficit de profissionais, longas jornadas de trabalho, desvalorização, conflitos interpessoais, entre outros estressores físico e psicológico, aliados ao medo de se infectar ou transmitir o vírus, provocou mudanças no estado de saúde geral desses profissionais. Isso indica necessidade de planejamento de políticas públicas de saúde para os trabalhadores com medidas preventivas em saúde mental.

O estudo permitiu constatar a importância da conscientização sanitária, mostrando que as transformações políticas são insuficientes para a implementação de ações e que há desafios a serem enfrentados para mudar a atuação. A transformação, portanto, está em andamento, mas ainda há um longo caminho a percorrer no processo de consolidação e concretização nesta nova maneira de fazer vigilância sanitária.

REFERÊNCIAS

ARONSON, E.; WILSON, T.D.; AKERT, R. Psicologia Social. (8ª ed). LTC, 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Guia para Implantação de Sistema de Gestão da Qualidade em Unidades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, 2019. Disponível em: https://guia-sgq.anvisa.gov.br/GuiaSGQ_LEVE.pdf. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. (3ª ed). Edições 70, 2016.

BARLETTA, J. B. Comportamentos e Crenças em Saúde: Contribuições da Psicologia para a Medicina Comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 2(1), p. 307-317, 2010. DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v2n1p307-318>.

BLUSTEIN, D. L.; DUFFY, R.; FERREIRA, J. A.; COHEN-SCALI, V.; CINAMON, R. G.; ALLAN, B. A. Unemployment in the time of COVID-19: A research agenda. *Journal of vocational behavior*, 119, p. 103-436, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103436>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 580, de 22 de março de 2018. Regular o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* nº 135, segunda-feira, 16 de julho, seção 1, p. 55, 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Saúde de A à Z. O que é coronavírus? Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/o-ministro/746-saude-de-a-az/46490-novo-coronavirus-o-que-e-causas-sintomas-tratamento-e-prevencao-3>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

COLETA, M. F. D. O modelo de crenças em saúde: uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em Psicologia*, 7(2), p. 175-182, 1999. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X1999000200007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

COSTA, E. A. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. (2ªed). Sobrevivente, 2004.

_____. Vigilância sanitária: temas para debate. (Vol. 7). EDUFBA, 2009.

COMITÊ CIENTÍFICO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS DO CONSÓRCIO NORDESTE. Resolução nº 05/2020. Institui o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus do Consórcio Nordeste, 2020. Disponível em: http://www.consorcionordeste-ne.com.br/wp-content/uploads/2020/06/resolucao_005_institui_o_comite_cientifico_de_apoio_ao_combate_a_pandemia_do_coronavirus.pdf. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

DEVINE, P. G.; HAMILTON, D. L.; OSTROM, T. M. Social cognition: Impact on social psychology. Academic Press, 1994.

FISKE, S. T.; TAYLOR, S. E. Social Cognition – From Brains to Culture. (3rd Ed.). SAGE, 2017.

GÜNTHER, H. Como Elaborar um Questionário (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, Nº 01). UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2003. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Texto_11_-_Como_elaborar_um_questionario.pdf. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

JULIANO, I. A.; ASSIS, M. M. A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), p. 493-505, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200025>.

KIM, S. Analysis of the impact of health beliefs and resource factors on preventive behaviors against the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), Artigo 8666, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228666>.

LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(7), Artigo e00177020, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00177020>.

LUCCHESI, G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. [Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz]. Repositório Institucional da Fiocruz, 2001. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4551>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

MAMERI, L. M. A. O impacto do COVID-19 na saúde mental e a importância da Psiquiatria do Trabalho. Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 2020. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2020/06/26/o-impacto-do-covid19-na-saude-mental-e-a-importancia-da-psiquiatria-do-trabalho/#:-:text=A%20COVID%2D19%20devido%20sua,e%20econ%C3%B4micos%20podem%20ser%20incalcul%C3%A1veis>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

MATARAZZO, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), p. 807-817, 1980. DOI: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0003-066X.35.9.807>.

MINAS GERAIS. Lei nº 13.317, de 24 de setembro de 1999. Diário do Executivo, Belo Horizonte, p. 1, 1999. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/infracoes-sanitarias/LEI_13317.pdf. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde de A à Z - O que é coronavírus? 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/o-ministro/746-saude-de-a-az/46490-novo-coronavirus-o-que-e-causas-sintomas-tratamento-e-prevencao-3>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

OGDEN, J. Psicologia da Saúde. Climepsi Editores, 2004.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P. Pandemic fear and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), p. 232-235, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>.

PARSONS, J.; FIEST, K.; BRUNDIN-MATHER, R.; PLOTNIKOFF, K.; SOO, A.; SYPEK, E. E.; WHALEN-BROWNE, L.; AHMED, S. B.; BURNS, K. E. A.; FOX-ROBICHAUD, A.; KUPSCH, S.; LONGMORE, S.; MURTHY, S.; NIVEN, D.; ROCHWERG, B.; STELFOX, H. T. A national cross-sectional survey of public perceptions of the COVID-19 pandemic: Self-reported beliefs, knowledge, and behaviors. *PLOS ONE*, 15(10), Artigo e0241259, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241259>.

PASQUALI, L. Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento. Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida, Instituto de Psicologia-UnB: INEP, 1996.

ROBBINS, R.; BARGER, L. K.; FACER-CHILDS, E. R.; BALDWIN, G.; RAJARATNAM, S.; CZEISLER, C. A. Public Attitudes, Behaviors, and Beliefs Related to COVID-19, Stay-at-Home Orders, Nonessential Business Closures, and Public Health Guidance - United States, New York City, and Los Angeles, May 5-12. *Morbidity and mortality weekly report*, 69(24), p. 751-758, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e1>.

ROMERO, L. C. P.; DELDUQUE, M. C. O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública. *Saúde & Sociedade*, 26(1), p. 240-255, 2017. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/326/391>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Resolução nº 6.963, de 04 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%c3%87%c3%83O%206963.pdf>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

SILVEIRA, S. M. da C. A informação através da educação como uma interface entre a Vigilância Sanitária e profissionais farmacêuticos do setor regulado [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora]. Repositório

Institucional UFJF, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1795>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

STRAUB, R. Psicologia da Saúde (2ªed). Artmed, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

ZHANG, Y.; MATHUR, P.; BLOCK, L. Personality matters during a pandemic: Implicit theory beliefs influence preparedness and prevention behaviors. Journal of the Association for Consumer Research, 6(1), 168-177, 2021. Disponível em: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/711759>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

Saúde mental e trabalho: uma pesquisa sobre a prevalência da síndrome de burnout entre bombeiros militares do rio de janeiro

*Eliane Cristina Bezerra de Lima
Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov
Carla Ferreira de Paula Gebara*

IMPACTO EMOCIONAL EM BOMBEIROS MILITARES EM RAZÃO DA NATUREZA DO TRABALHO

A saúde mental é determinada por uma série de fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais, sendo parte integrante e essencial da saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). A constituição da OMS afirma: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Uma implicação importante dessa definição é que a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências. Trata-se de um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade.

Saúde mental e bem-estar são fundamentais para nossa capacidade coletiva e individual, como seres humanos, para pensar, nos emocionar, interagir uns com os outros e ganhar e aproveitar a vida, lembra a organização (OMS, 1946). Nesta base, a promoção, proteção e restauração da saúde mental podem ser consideradas como uma preocupação vital dos indivíduos, comunidades e sociedades em todo o mundo.

Múltiplos fatores sociais, psicológicos e biológicos determinam o nível de saúde mental de uma pessoa. Por exemplo, as pressões socioeconômicas contínuas são reconhecidas como riscos para a saúde mental de indivíduos e comunidades. A evidência mais clara está associada aos indicadores de pobreza, incluindo baixos

níveis de escolaridade (ONU/BR, 2016). Ainda de acordo com a ONU/BR (2016), uma saúde mental prejudicada também está associada a rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, risco de violência, problemas físicos de saúde e violação dos direitos humanos.

Há também fatores psicológicos e de personalidade específicos que tornam as pessoas vulneráveis aos transtornos mentais. Por último, há algumas causas biológicas, incluindo fatores genéticos, que contribuem para desequilíbrios químicos no cérebro, segundo a OMS.

A promoção da saúde mental envolve ações para criar condições de vida e ambientes que apoiem a saúde mental e permitam às pessoas adotar e manter estilos de vida saudáveis. Um ambiente que respeite e proteja os direitos básicos civis, políticos, socioeconômicos e culturais é fundamental para a promoção da saúde mental. Sem a segurança e a liberdade asseguradas por esses direitos, torna-se muito difícil manter um elevado nível de saúde mental, de acordo com a organização.

Assim sendo, o ambiente de trabalho tem papel fundamental na promoção da saúde mental dos indivíduos, uma vez que a dinâmica entre o prazer e o sofrimento no trabalho tem origem nas situações vivenciadas entre os sujeitos e as organizações, e o trabalho tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto torná-la vulnerável (DEJOURS, 1994). Portanto, a importância em abordar o aspecto laboral da vida humana consiste no significado que essa experiência gera para cada pessoa.

Algumas profissões causam maior desgaste emocional pela forma como são desenvolvidas e realizadas, e entre elas está a do bombeiro militar. Esses profissionais podem ir de um extremo ao outro, como estar em uma situação confortável e em outra angustiante, e estão naturalmente expostos a situações que podem gerar algum tipo de sofrimento e/ou risco físico (MONTEIRO et al., 2007).

Conforme os dispositivos legais e constitucionais, além de executarem atividades de defesa civil, os bombeiros militares têm a missão de salvaguardar as vidas e os bens ameaçados por contingências emergenciais e executar outras tarefas inerentes à profissão. A categoria efetua os seguintes serviços: busca e salvamento; prevenção, extinção e perícias de incêndios; prestação de socorro nos casos de desabamentos, inundações ou catástrofes sempre que há ameaça de destruição de bens materiais; e pessoas em iminente perigo de vida.

Além de analisar, estudar, planejar, fiscalizar e exigir todo o serviço de segurança contra incêndios no Estado e em casos de mobilização do Exército colabora com ele no serviço de Defesa Civil (LBM, 2008 citado por SOUZA et al., 2012). Pelo fato de exercerem um conjunto importante de ações focadas na missão de salvar vidas em situações de perigo, esses profissionais vivenciam também

situações que remetem à tensão quando se dirigem aos locais das ocorrências, o que os leva a experimentar uma variedade de pensamentos e expectativas.

E quando chegam ao local da ocorrência, têm de estar prontos para atuar, mesmo ainda imersos em um turbilhão de sentimentos e sensações (MONTEIRO et al., 2007). Esses trabalhadores, no exercício de sua função, arriscam suas vidas na proteção de vidas alheias, patrimônio e meio ambiente, sempre em busca de proporcionar qualidade de vida à sociedade. Tornam, assim, o risco inerente à sua ação profissional. Segundo o Estado Maior das Forças Armadas, “[...] o exercício da atividade militar, por natureza, exige o comprometimento da própria vida.” (BRASIL, 1995).

O profissional bombeiro lida constantemente com uma forte carga afetiva em seu trabalho. Nas situações que envolvem vítimas, os bombeiros podem, muitas vezes, estar face a face com a morte, ou com cenas muito fortes. É importante ressaltar que, após a ocorrência, eles voltam ao quartel e ao trabalho, sem nenhum suporte que os ajude a enfrentar tais situações, que, por mais cotidianas que sejam para eles, nunca deixam de ser traumáticas. Precisam agir como se nada tivesse acontecido e estarem prontos para um novo chamado. (MONTEIRO et al., 2007, p. 561).

Além das pressões emocionais e psíquicas, e de todos os riscos no que se refere à saúde mental, esses profissionais estão vulneráveis também aos fatores de riscos físicos, mecânicos, biológicos e químicos, em razão da manipulação de materiais e em consequência das condições do ambiente de trabalho (SOUZA et al., 2012).

Para realizar suas atividades com eficácia e eficiência, a instituição dos bombeiros militares segue padrões organizacionais rigorosos, que podem, como consequência, afetar as condições de saúde desses profissionais, principalmente, pela sobrecarga exigida por longas jornadas de trabalho e equipes muitas vezes desfalcadas e sem recursos (CARDOSO, 2004). Logo, para compreender a relação entre trabalho e saúde dos bombeiros, a noção de sobrecarga também se faz fundamental para sinalizar um aspecto de sua atividade profissional fortemente interligado à organização do trabalho e às condições ambientais.

A origem da palavra “trabalho” está associada aos termos latinos *tripalium* e *trabacula*, cujos significados estão ligados à tortura, a algo penoso e indesejado; evidencia-se, assim, a noção de sofrimento ligado ao trabalho. Mas, em contrapartida, é essa atividade humana, dirigida e intencional, que constrói o indivíduo e a sociedade e cujo papel é fundamental para a saúde e para a qualidade de vida das pessoas. Essa atividade que caracteriza a vida do homem, que o identifica e promove o

elo com a vida social é sempre um misto entre prazer e sofrimento (ALVARENGA & MARCHIORI, 2014).

Como afirma Freud (citado por ZANELLI et al., 2004, p. 279), “Saúde mental é a capacidade de amar e trabalhar.”. Essa afirmativa revela a importância de se compreender a saúde mental do sujeito nos diversos contextos em que ele interage, e o trabalho é um dos mais importantes em que isso ocorre. Ao avaliar a saúde mental do indivíduo e compreender seu trabalho e as relações socioafetivas que estabelece enquanto ser adulto, tem-se uma maior e melhor compreensão de quem ele é perante a sociedade.

De acordo com Paranhos e Werlang (2015), profissionais que atuam na linha de frente de acidentes, emergências e desastres, chamados também de profissionais de primeira resposta (*first responders*), como bombeiros, médicos, enfermeiros, policiais, guarda costeira, defesa civil, funcionários de emergências hospitalares, entre outros, são expostos sistematicamente à situações traumáticas e a diferentes estressores relacionados ao cenário em que seu trabalho acontece, enfrentando assim diariamente riscos reais e/ou percebidos para sua segurança e para o bem estar de sua saúde física e psíquica. Neste contexto, a literatura científica tem reportado que estes possuem maior vulnerabilidade para patologias como a Síndrome de Burnout, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, ansiedade e abuso de substâncias.

Conforme Sant’Anna e Lopes (2017) ressaltam, esses profissionais são os primeiros representantes da administração pública a chegarem aos locais de emergências e desastres. São treinados e capacitados para garantir segurança à população afetada, porém, podem também se tornar vítimas. Esses profissionais desempenham papéis muitas vezes sob difíceis condições, inclusive relacionadas às próprias causas que provocaram o evento de calamidade como locais de difícil acesso; condições atmosféricas instáveis e adversas, como chuva, granizo, lama, enchente, friagem e neblina, horário noturno e situações de visibilidade inadequadas; sob ação de fumaça, calor extremo e de gases tóxicos, ambiente poluído e com vítimas feridas (algumas gravemente), envolvidas em pânico, em estado de choque ou inconscientes; e, circunstâncias como a localização, o reconhecimento, a busca e a remoção de cadáveres, muitas vezes desfigurados ou em adiantado estado de decomposição.

Eventos de tragédia comumente se iniciam de maneira súbita e inesperada, como consequência de sua própria imprevisibilidade. Na maioria das vezes, são demorados e se prolongam por vários dias ou semanas com encerramento incerto e imprevisível e nem sempre dispendo da logística necessária para o êxito da missão.

Além das dificuldades inerentes às situações supracitadas, há, ainda, fatores adversos, que são as questões de ordem cultural, social ou pessoal, que também afetam os profissionais de primeira resposta. Além de controlarem seus próprios

sentimentos e emoções, em função das características da operação ou da situação de que participam quase sempre se tornam receptores das emoções das pessoas envolvidas, sejam elas vítimas, reclamantes, parentes, pessoas próximas, políticos, profissionais de comunicação, testemunhas ou pessoas curiosas, o que muitas vezes atrapalha os trabalhos que precisam ser desenvolvidos. E isso tudo sempre sob a égide de uma estrutura organizacional pouco flexível, que é a militar, e que pouco propicia a manifestação de fragilidade emocional diante de situações extremas ou posteriores a elas (SANT'ANNA & LOPES, 2017).

Bezerra (2005) afirma que há cada vez menos espaço em nossa cultura para significar o sofrimento. Dessa forma, a atuação do psicólogo nessas situações transita a tênue linha divisória entre a normalidade da reação de dor à perda e à crise, e a patologia, frequentemente usada como único mecanismo de legitimação da experiência do desastre.

Além disso, também agravam o sofrimento mental dos bombeiros a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc. O sofrimento mental, então, é também resultado do enfrentamento entre o sujeito, detentor de uma história personalizada, com a organização do trabalho, que possui uma regra própria, principalmente as instituições totalizantes.

Aliado a isso, frequentemente a sobrecarga física e psicológica revela danos que afetam a capacidade de controlar a intensidade do sofrimento, sejam danos percebidos como uma inabilidade para lidar com a frustração no trabalho sejam eles percebidos como uma fadiga ou uma lesão apresentada num corpo exaurido.

Sant'Anna e Lopes (2017) reforçam que independentemente da jornada de trabalho, os profissionais de primeira resposta, quando permanecem na “guarnição” esperando algum chamado, têm sua dosagem de adrenalina em níveis mais elevados, pois sabem que, a qualquer momento, o alarme pode soar novamente, e, quando isso ocorre, normalmente saem sem saber ao certo o que vão encontrar. É importante ressaltar que, após a ocorrência, eles voltam à sua base, sem nenhum suporte emocional, que os ajude a enfrentar tais situações, que, por mais rotineiras que sejam, não deixam de ser traumáticas. Ao final de uma ocorrência é preciso já se preparar para a próxima, como revelam em seu jargão: “Prontos para, em condições de”.

Para os profissionais de primeira resposta, as consequências dos traumas dependerão muito da natureza do incidente, do impacto causado, nas experiências anteriores, de fatores relacionados com a preparação e a resiliência a determinados estressores envolvidos em cada tipo de incidente crítico. Dentre as consequências dessas situações traumáticas, estão desajuste emocional, irritabilidade, hostilidade, episódios depressivos, transtornos cognitivos e de sono, alcoolismo crônico etc.

que afetam a saúde e o rendimento laboral desses profissionais, e em casos extremos, levam ao suicídio.

Um recurso bastante proveitoso no atendimento aos membros dessas equipes é um espaço social, de um grupo de discussão, em que possam, em situação de segurança institucional, trocar depoimentos sobre suas práticas e, sobretudo, se sentirem acolhidos. O compartilhamento dessas falas entre esses profissionais pode aliviar a ansiedade gerada pelo choque com situações extremas, comuns aos cenários de desastres, e fortalecer o efeito agregador da defesa coletiva, ou seja, garantir a possibilidade de um espaço em que se possa lidar, por meio da palavra, com o excesso de exigência psíquica imposta pelo cenário vivido nas situações de emergência.

É importante dizer que, ainda que seja oferecido suporte psicológico aos profissionais que atuam em desastres, é possível que alguns indivíduos adoçam física e mentalmente, enquanto outros não. E isso não significa que as pessoas que adoecem sejam mais “fracas”. Não se trata de ser mais ou menos capaz de aguentar as dificuldades, mas do modo como cada um vivencia e reage ao sofrimento. Essa capacidade possibilita que algumas pessoas se sintam menos vulneráveis, menos ameaçadas e mais capazes em seus papéis de ajudar os demais cidadãos.

Tendo em vista que em relação às doenças e sintomas causados pelo impacto emocional do trabalho a Síndrome de Burnout vem se destacando em diferentes pesquisas no mundo todo, este tema será mais explorado a seguir. “Burnout é uma síndrome psicológica oriunda de uma grande carga emocional grave que atinge profissionais que possuem um trabalho que envolve dedicação intensa às pessoas que precisam de cuidado” (SELIGMAN-SILVA, 1996 citado por CASTRO & ZANELLI, 2007, p. 17).

Freudenberg foi um dos primeiros a descrever essa síndrome em 1974, inicialmente, constatando-a apenas em funcionários das equipes de saúde mental. Observava que, com o passar do tempo, alguns deles apresentavam uma síndrome composta por exaustão emocional e adaptativa, desilusão ou frustração e vontade de isolamento social (DEJOURS, 1994).

A Síndrome de Burnout é definida como uma reunião de fatores que desencadeiam um processo de estresse, esgotamento, exaustão profissional que gera uma visão negativa de si mesmo, depressão, dificuldades de convivência diária e instabilidade emocional (MENEHINI et al., 2011). Diversos estudos têm sido realizados e falam sobre a melhor forma de classificar o comportamento que se caracteriza por exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais e diminuição do sentimento de realização pessoal consequente a prolongados níveis de estresse no trabalho.

Na versão mais recente do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V, publicado em 2014 pela Associação Americana de Psiquiatria e adotada como guia para o diagnóstico das doenças mentais, o Burnout não é reconhecido como uma doença, um transtorno, porém é citado pela Organização Mundial de Saúde (1997) na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) com o código Z73.0 (esgotamento) ou "Síndrome do Esgotamento Profissional".

O início dos sintomas pode se dar pelo acúmulo de tarefas, responsabilidades, exigências e pressões sofridas pela alta demanda de trabalho. Há três componentes principais: esgotamento físico e mental, sensação de impotência e falta de expectativas. Pode-se dizer que é um colapso físico e emocional e em muitas vezes há necessidade de atenção médica imediata e risco de suicídio.

A palavra Burnout tem sua origem no idioma inglês e significa burn: queimar e out: exterior, caracterizando uma sensação de exaustão, de combustão física e mental, o que explica os motivos que levam os portadores da síndrome a sentirem suas forças queimarem. Isso foi constatado por meio da observação dos sintomas, que aparentavam consumir o paciente, causando um esgotamento completo de energia e, a partir disso, escolheu-se o nome (SILVA et al., 2013).

França e Rodrigues (1999) consideram o Burnout como uma resposta emocional a situações de estresse crônico em função de relações intensas em situações de trabalho com outras pessoas. Os profissionais afetados acreditam que já não têm condições de despender mais energia para o atendimento de seu cliente ou demais pessoas como faziam antes. Dessa forma, a Síndrome de Burnout manifesta-se mediante quatro classes sintomatológicas, sendo: física, quando o profissional apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares; psíquica observada pela falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração; comportamental, identificada quando o indivíduo apresenta-se negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade para se concentrar, aumento das relações conflitivas com os colegas, longas pausas para o descanso, cumprimento irregular do horário de trabalho; e defensiva, quando a pessoa tem tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica (GUIMARÃES & CARDOSO, 2004).

A definição mais empregada na literatura internacional no tocante à síndrome de burnout é a fundamentada na perspectiva psicossocial de Maslach e Jackson (1981), que a define como um fenômeno estruturado em três dimensões: Exaustão emocional, entendida como a ausência de energia e sentimento de esgotamento dos recursos emocionais do sujeito, os quais podem somar-se à frustração e tensão com a percepção de que o sujeito já não tem energia e disposição para atender às demandas de seu trabalho; Despersonalização ou desumanização, caracterizada por sentimentos negativos e insensibilidade emocional para com as pessoas com as

quais o sujeito trabalha, passando a tratar clientes, colegas e organização de maneira distante e impessoal e Baixa realização profissional, que trata de sentimentos de incompetência e falta de realização e produtividade no trabalho.

Vários estudos têm demonstrado que o Burnout incide principalmente sobre os profissionais de ajuda, que prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento ou cuidado de outros, sendo os mais afetados aqueles que trabalham na área da saúde, educação e segurança (PEREIRA, 2002). Face ao exposto, a seguir serão apresentados os resultados de uma pesquisa que teve como objetivo investigar aspectos relacionados à saúde mental de bombeiros militares que atuam em situações de emergências e desastres, mais especificamente, a prevalência do estresse do trabalho - Síndrome de Burnout - entre eles.

SOBRE A PESQUISA

A pesquisa foi realizada com 92 (noventa e dois) bombeiros militares do Estado do Rio de Janeiro alocados no Grupamento de Busca e Salvamento (GBS), com a graduação de Praça, ou seja, soldados, cabos, sargentos e subtenentes, com idade diferenciada e ambos os sexos. Foram convidados os militares que atuam ou podem atuar em cenários de desastres, considerando que todos esses profissionais estão expostos continuamente a situações potencialmente traumáticas que os afetam e os colocam em uma situação de risco psicológico, podendo desenvolver a Síndrome de Burnout.

Para o levantamento dos dados foi utilizado um questionário sociodemográfico e para avaliação da Síndrome de Burnout nos bombeiros militares, foi utilizada a escala Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), validada no Brasil por Schuster e Dias (2018).

A escala Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), foi desenvolvida por Evangelia Demerouti, na Alemanha, em 1999, traduzida para o inglês e, posteriormente, validada para diversos idiomas; foi aplicada em diferentes grupos ocupacionais e inclui dois fatores: Exaustão e Desligamento do trabalho. A OLBI é composta de 16 questões, mensuradas por meio de uma escala tipo likert de 4 pontos, variando de 1 (discordo plenamente), 2 (discordo), 3 (concordo) e 4 (concordo plenamente). A escala foi validada no Brasil após ser submetida a todos os pressupostos estatísticos, tendo sua estrutura reduzida de 16 para 13 variáveis. De acordo com os autores, o instrumento pode ser aplicado em qualquer contexto ocupacional, sem restrição de cargos.

A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Petrópolis e foi coordenada pela primeira autora deste capítulo, que é oficial superior da mesma instituição. A aplicação dos instrumentos

foi realizada de forma coletiva ao longo do segundo semestre de 2018. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos 92 participantes da pesquisa.

No que diz respeito à prevalência de estresse no trabalho (Síndrome de Burnout) entre os militares do GBS, os resultados sobre a classificação individual apresentaram Distanciamento baixo para 82 bombeiros (89%), médio para 09 bombeiros (10%) e alto para 01 bombeiro (1%). Já em relação à exaustão, indicaram Exaustão baixa para 27 bombeiros (29%), média para 34 (37%) e alta para 31 (34%), revelando, assim, uma amostra individual significativa para um quadro de adoecimento de estresse no trabalho (Síndrome de Burnout).

Na classificação da amostra geral dos militares quanto ao estado de Burnout, os resultados apontaram 61 bombeiros Sem Burnout (66%); 30 Com exaustão (33%) e 01 Com Burnout (1%), conforme as Tabelas 2 e 3.

Tabela 1 -Variáveis sociodemográficas dos militares do GBS

Variável	N	%
Gênero		
Masculino	87	94
Feminino	05	06
Idade		
18-25	1	1
26-32	16	17
33-37	20	22
38-45	36	39
46 ou mais	19	21
Escolaridade		
Ensino Fund. Com.	00	00
Ensino Fund. Inc.	02	02
Ensino Médio Com.	35	38
Ensino Médio Inc.	05	06
Ensino Sup. Com.	22	24
Ensino Sup. Inc.	24	26
Pós-graduação	04	04
Nº de filhos		
Não tem	24	26
Um filho	28	30
Dois filhos	31	34
Três filhos	07	08

Quatro filhos ou mais	02	02
Estado Civil		
Solteiro	14	16
Casado/União estável	66	72
Viúvo	01	02
Separado/Divorciado	09	10

Fonte: As autoras, (2022)

Tabela 2 -Classificação individual dos militares quanto ao estado de Burnout

Distanciamento	N(%)
Distanciamento Baixo	82 (89%)
Distanciamento Médio	9 (10%)
Distanciamento Alto	1 (1%)
Exaustão	N(%)
Exaustão Baixa	27 (29%)
Exaustão Média	34 (37%)
Exaustão Alta	31 (34%)

Fonte: As autoras, (2022)

Tabela 3 -Classificação da amostra geral dos militares quanto ao estado de Burnout

Classificação	N(%)
Sem Burnout	61 (66%)
Com distanciamento	0 (0%)
Com exaustão	30 (33%)
Com Burnout	1 (1%)

Fonte: As autoras, (2022)

Considerando que a fase de exaustão precede o esgotamento total, podendo evoluir com esse desgaste profissional para a Síndrome de Burnout, o estudo revela um estado de atenção em relação ao adoecimento desses militares. Dado importante para que sejam desenvolvidos programas e ações preventivas com o objetivo de minimizar os impactos que a doença traz para o ambiente de trabalho e principalmente para a vida do bombeiro, conforme sugere o estudo sobre manejo de estresse e síndrome de burnout para bombeiros realizado por Melo e Carlotto (2017).

O estudo desenvolvido por Natividade (2009) sobre bombeiros revelou que os riscos da profissão, a estrutura organizacional, hierarquia, disciplina, padrões e a alta exigência em 'não errar' impactam com o surgimento de condições de estresse no trabalho. Aliado a isso, segundo Cruz (2005), constantemente sobrecarga física e psicológica indicam dano que afeta a capacidade de controlar a intensidade do sofrimento, seja esse dano percebido como uma inabilidade para lidar com a frustração no trabalho, seja percebido como uma fadiga ou uma lesão.

Considerando a relação entre preparo técnico e o desenvolvimento do estresse, o estudo revela que os militares que fizeram o Curso Operacional de Salvamento em Desastres (COSD) oferecido pela instituição não apontaram para a exaustão na classificação individual. Sendo assim, sugere-se que a realização do COSD pode se configurar como um fator de proteção à saúde mental dos militares, sendo indicado que o militar do GBS faça o COSD, levando em consideração que os bombeiros especializados nesta área adoecem menos.

Vale mencionar outro dado relevante indicando que os militares com mais de 16 anos de carreira não retrataram exaustão e o que apresentou burnout tem menos de 10 anos na corporação. Nota-se ainda que os militares com mais de 38 anos também não apresentaram exaustão, divergindo dos estudos sobre as condições de trabalho e a saúde mental dos bombeiros, que declara que quanto mais tempo de serviço, maior a probabilidade de adoecimento (MONTEIRO et al., 2013). E ainda dos resultados encontrados em outro estudo com bombeiros do Rio de Janeiro onde é possível dizer que os militares que possuem mais idade e, em geral, mais tempo de trabalho são os que mais se afastam para tratar de sua saúde (PIRES et al., 2017).

Importante dizer que os bombeiros que revelaram o quadro de exaustão são, em quase sua totalidade, casados, estão na corporação e no GBS há menos de 10 anos e exercem a função de técnicos de enfermagem, seguidos pela segunda função mais exaustiva que são os condutores. Demonstrando assim que os militares que trabalham na ambulância adoecem mais, confirmando um desgaste emocional relacionado à profissão e a necessidade de apoio psicológico. Resultado este que serve de apontamento para possíveis estudos futuros que contemplem análises mais complexas sobre a associação entre função e burnout, considerando que não foi o objetivo do presente estudo fazer essa relação.

No Brasil, Murta e Trocolli (2007) desenvolveram uma intervenção psicoeducativa com bombeiros, abordando temas como causas e efeitos do estresse, fatores de risco e de proteção e estratégias de enfrentamento, estabelecimento de metas, manejo de tempo, habilidades sociais, solução de problemas, reestruturação de crenças irracionais, relaxamento e prevenção de recaída. A avaliação da intervenção revelou redução nos níveis de estresse e sintomas somáticos e aumento da autoeficácia e pressão arterial diastólica.

Estudos sobre profissionais de resgate em desastres naturais com grandes populações (URSANO et al., 2007), enfatizando os ataques ao World Trade Center, ao furacão Katrina e ao tsunami na Ásia, indicam a necessidade de mais estudos sobre a saúde mental desses profissionais, dentre eles os bombeiros. Os autores destacam o estresse e os transtornos de estresse pós-traumático que ocorrem nessa população, estando associados à comorbidades clínicas como preocupação, fadiga, distúrbios do sono e concentração, alterações no trabalho, dificuldades de relacionamento interpessoal, aumento do uso de substâncias, somatização e depressão e sintomas emocionais, como medo.

Conforme apresentam Pires et al. (2017) no estudo com bombeiros, a indicação de um modelo de atenção à saúde com ênfase na prevenção, alicerçado no ideário do campo da saúde do indivíduo em sua totalidade, poderá fornecer subsídios para uma intervenção sobre os riscos existentes nas atividades laborais da categoria, considerando que o adoecimento está para além do físico. Com práticas de atenção à saúde voltadas para o profissional que veste a farda será possível favorecer o desenvolvimento de uma resiliência emocional e institucional, contribuindo para mudanças significativas tanto na qualidade de vida dos bombeiros militares quanto no seu fazer profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo teve como objetivo fomentar a reflexão sobre o impacto das atividades laborais na saúde mental, apresentando, para isso, os resultados de uma investigação sobre a prevalência da síndrome de burnout entre Bombeiros Militares do Grupamento de Busca e Salvamento (GBS) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ). De forma exploratória, este estudo possibilitou também a descrição e o levantamento de outras hipóteses como a contribuição da preparação técnica nos cursos operacionais em relação ao não adoecimento do militar. É importante que próximas pesquisas investiguem melhor esses fatores e estabeleçam relações de causa e efeito entre eles.

O risco de adoecimento mental de profissionais de primeira resposta (como é o caso dos bombeiros) é uma realidade descrita mundialmente. O conhecimento e fortalecimento de aspectos relacionados à saúde mental contribui para a diminuição deste risco, maior chance do bombeiro militar se manter em plena capacidade de atuação com excelência durante toda sua carreira, bem como em pleno estado de saúde e qualidade de vida em sua passagem para a reserva remunerada.

Vale destacar como limitação do estudo que, na coleta de informações, o fato da pesquisadora fazer parte da equipe na condição de oficial superior pode ter influenciado nas respostas. Apesar disso, os resultados encontrados podem ser úteis à instituição na formulação de intervenções organizacionais e de atenção equânime à saúde desses profissionais, com o objetivo de melhorar as condições

que contribuem para o adoecimento dos bombeiros militares e, conseqüentemente, para a qualidade do seu fazer profissional.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, R. Z; MARCHIORI, F. M. Saúde mental e qualidade de vida no trabalho. *Revista Síntese Trabalhista e Previdenciária*, 24(299), p. 108-122, 2014.

BEZERRA, B., Jr. A solidão de não pertencer: uma observação a partir de um fragmento de Clarice Lispector. In: H. Póvoa Neto, & A. P. Ferreira (Orgs.). *Cruzando fronteiras disciplinares: um panorama dos estudos migratórios*. Revan, p. 199-209, 2005.

BRASIL. Secretaria Nacional de Defesa Civil. *Política Nacional de Defesa Civil*. Brasília: Diário Oficial da União, 1995.

Cardoso, L. A. *Influências dos fatores organizacionais no estresse de profissionais bombeiros*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/88133>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

CASTRO, F. G. de.; ZANELLI, J. C. Síndrome de Burnout e projeto de ser. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 10(2), p. 17-33, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v10i2p17-33>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

CRUZ, R. M. Saúde, Trabalho e Psicopatologias. In: B. W. Aued. (Org.). *Traços do Trabalho Coletivo*. Casa do Psicólogo, p. 201-235, 2005.

DEJOURS, C. *Psicodinâmica do trabalho*. Atlas, 1994.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUEZ, A. L. *Stress e trabalho*. Atlas, 1999.

GUIMARÃES, L. A. M.; CARDOSO, W.L.C.D. *Atualizações da síndrome de burnout*. Casa do Psicólogo, 2004.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), p. 99-113, 1981. DOI: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.

MELO, L. P de; CARLOTTO, M. S. Programa de prevenção para manejo de estresse e Síndrome de Burnout para bombeiros: Relatos de experiência de uma intervenção. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(1), p. 99-108, 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170011>.

MENECHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 20(2), p. 225-233, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000200002>.

MONTEIRO, J. K.; MAUS, D.; MACHADO, F. R.; PESENTI, C.; BOTTEGA, D.; CARNIEL, L. B. Bombeiros: um olhar sobre a qualidade de vida no trabalho. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(3), p. 554-565, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000300014-&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

MONTEIRO, J. K.; ABS, D.; LABRES, I. D.; MAUS, D.; PIONER, T. Bombeiros: psicopatologia e condições de trabalho. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(3), p. 437-444, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000300013>.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), p. 41-51, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100005>.

NATIVIDADE, M. R. Vidas em risco: a identidade profissional dos bombeiros militares. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), p. 411-420, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000300015>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946.

_____. CID-10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à doença (10a. ed.). Universidade de São Paulo, 1997.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. (ONU/BR). 2016. Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/74566-saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

PARANHOS, M. E.; WERLANG, B. S. G. Psicologia nas Emergências: Uma nova prática a ser discutida. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), p. 557-571, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-370301202012>.

PEREIRA, A. M. T. B. Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. Casa do Psicólogo, 2002.

PIRES, L. A. A.; VASCONCELOS, L. C. F.; BONFATTI, R. J. Bombeiros militares do Rio de Janeiro: uma análise dos impactos das suas atividades de trabalho sobre sua saúde. *Saúde em Debate*, 41(113), p. 577-590, 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711318>.

SANT'ANNA, O. Fo.; LOPES, D. O Psicólogo na redução dos riscos de desastres: Teoria e prática. Hogrefe, 2017.

SCHUSTER, M. da S.; DIAS V. da V. Oldenburg Burnout Inventory - validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 23(2), p. 553-562, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.27952015>.

SILVA, T. L. G.; MELLO, P. G.; SILVEIRA, K. L. A.; WOLFFENBÜTTEL, L.; LOBO, B. O. M.; BICCA, C. H. M.; GRASSI-OLIVEIRA, R.; KRISTENSEN, C. H. (2013). Primeiros socorros psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(1), p. 203-214, 2013. DOI: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=113.

SOUZA, K. M. O.; VELLOSO, M. P.; OLIVEIRA, S. S. A profissão de bombeiro militar e a análise da atividade para compreensão da relação trabalho-saúde: revisão de literatura. In: Seminário de Saúde do Trabalhador (em Continuidade ao VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e VI Seminário "O Trabalho em Debate", 8. Franca. Anais... Franca: Unesp, 2012.

URSANO, R. J.; FULLERTON, C. S.; BENEDEK, D. M.; HAMAOKA, D. A. (2007). Hurricane Katrina: Disasters teach us and we must learn. *Academic Psychiatry*, 31(3), p. 180-182, 2007. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1176/appi.ap.31.3.180>. Acesso em: 24 de mai. de 2022.

ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. Inserção Profissional do Psicólogo em Organizações e no Trabalho. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade, & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Artmed, 2004.

Saúde mental dos enfermeiros frente a morte de pacientes na pandemia por covid-19

*Ana Júlia Soares Recker
Diana Ramos de Oliveira
Carla Ferreira de Paula Gebara*

Após surgir na China, o coronavírus espalhou-se pelo mundo causando danos irreparáveis, que afetaram a vida de muitas pessoas. Segundo o Ministério da Saúde, a covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo vírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Perante a esta crise epidemiológica em que o mundo se encontra, cabe ressaltar a necessidade do cuidado com a saúde mental, que deveria ser tão importante quanto os cuidados primários de saúde (DOUGLAS et al., 2009).

Este projeto nasceu da motivação da primeira autora para analisar a situação dos profissionais de enfermagem frente as inúmeras perdas que vivenciaram por ocasião do atendimento que fizeram aos pacientes quando hospitalizados ou não. Segundo Brito (2021) o enfermeiro tem a responsabilidade de colocar em prática o que é definido pelos médicos, desde os procedimentos mais simples, como realizar a triagem de um paciente, até os mais complexos como auxiliar médicos durante uma cirurgia. Suas principais atividades são: manter o prontuário do médico atualizado, supervisionar as equipes de técnicos e auxiliares de enfermagem, preparar o paciente para a realização de exames, preparar instrumentos e auxiliar a equipe técnica em procedimentos como intubação, desfibrilação, aspiração e monitoramento cardíaco.

Em geral percebe-se que a situação humana que envolve essas perdas, no contínuo da profissão tende a desencadear nos enfermeiros condições psicológicas desgastantes que se caracterizam por ansiedades e depressão. Em função desta realidade percebida na convivência com os profissionais da enfermagem, particularmente agora muito acentuadas pela pandemia covid-19, se realizou uma pesquisa empírica sobre as dificuldades psicológicas enfrentadas por enfermeiros

que costumam abalar a saúde psíquica principalmente quando vivenciam o luto decorrente da morte de seus pacientes.

No presente capítulo, se faz relevante tanto para estudantes de psicologia quanto para os profissionais das áreas de enfermagem, medicina e áreas afins, com o objetivo de proporcionar análises e reflexões sobre o tema que podem favorecer o cuidado maior dedicado à saúde psicológica dos enfermeiros.

Do ponto de vista teórico será abordado nas seções que traz a discussão sobre a saúde mental dos enfermeiros(as) no contexto da pandemia por COVID-19, visando definir o que é saúde mental e em contrapartida busca analisar as doenças mentais, como por exemplo, a ansiedade e a depressão. Outrossim, será abordado as perspectivas teóricas sobre a morte e o luto, com base nos estudos da Psicanálise, Logoterapia e Tanatologia. A continuação apresenta-se os procedimentos metodológicos por meio de entrevistas semiestruturada para análise do conteúdo das categorias, e finalmente serão apresentados resultados encontrados nesta pesquisa.

SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19

Trabalhar com saúde mental, há alguns anos, era caracterizado como trabalhar em hospícios, manicômios e emergências de clínicas psiquiátricas, lidando com loucos agressivos, em um ambiente prisional, de isolamento completamente desumano. Ao longo dos anos e com a reforma psiquiátrica, muitas perspectivas e cenários foram surgindo e transformando o campo da saúde mental (AMARANTE & NUNES, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) define saúde mental como "um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade", portanto, ter saúde vai muito além de não estar doente. Ser saudável significa ter qualidade de vida física, mental e social que garanta a promoção de bons hábitos para a prevenção dos processos que levam ao adoecimento psíquico. Este cuidado não fica restrito somente no controle de sintomas e doenças, mas também foca nas questões pessoais, emocionais, financeiras e sociais do indivíduo (ONU, 2016).

Segundo First (2020), a análise sobre o tema saúde psíquica sugere referir-se ao conceito de doença mental, que decorre das condições que podem alterar as emoções, pensamento e comportamento de um indivíduo. Pequenas alterações na vida são comuns, mas quando estas alterações causam angústia fora do controle ou interferem na vida cotidiana da pessoa, são consideradas doenças mentais. Existem pessoas que ainda possuem uma resistência em relação ao tratamento direcionado à doença mental, pois o estigma que rodeia as doenças mentais persiste até hoje. Observa-se que as pessoas que são consideradas preguiçosas e desinteressadas,

na realidade possuem uma doença ou transtorno mental. Conseqüentemente, a pessoa desinformada não dá a atenção necessária ao indivíduo, deixando-o assim sem o tratamento correto (NORONHA, 2021).

A doença mental é um mal silencioso que prejudica não só o âmbito psicológico do indivíduo, mas também o físico. Para Schmit et al. (2020), torna-se indispensável o estudo de alguns transtornos mentais para entendermos melhor sobre o quanto a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo é afetado. Neste capítulo optou-se por falar sobre alguns quadros clínicos de doença mental, tais como a ansiedade e a depressão, que costumam incidir nos profissionais de saúde e outros trabalhadores que atuam profissionalmente sobre pressão ou estresse, conforme tem sido observado desde 2020 em função da pandemia por covid-19 (SCHMIDT et al., 2020).

Segundo estudo realizado na Uerj o Brasil antes da pandemia era o país com o maior número de pessoas ansiosas em comparação ao restante do mundo, e logo após o início da quarentena, os casos de ansiedade e estresse tiveram um aumento de 80%, conforme informações colhidas de um estudo realizado Filgueiras (2020), em parceria com o Dr. Matthew Stults-Kolehmainen, do Yale New Haven Hospital, nos EUA. De acordo com Mendonça (2019) a ansiedade é uma reação natural, que funciona positivamente, motivando o indivíduo a agir, realizar as tarefas e se organizar antecipadamente, além de ser um mecanismo de sobrevivência para lidar com situações perigosas. Diferente da ansiedade normal, que as pessoas sentem quando têm uma prova ou uma reunião, existe a ansiedade patológica, que pode se tornar um problema quando esta foge do controle e os sintomas se tornam frequentes e intensos, podendo ser causada e agravada pelos fatores que se costuma enfrentar no cotidiano.

De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), os Transtornos de Ansiedade possuem sintomas que podem ser divididos em: sintomas subjetivos, referentes à percepção de sensações desconfortáveis como angústia, inquietação, preocupações excessivas, medo ou pavor; e sintomas físicos referentes às sensações corporais como aperto no peito, palpitação, falta de ar, náusea, cólica abdominal, transpiração excessiva, tontura, tremores, calafrios ou formigamentos (APA, 2014)

Nesta edição do DSM-5 (APA, 2014), apresenta uma lista com diagnósticos que constituem o capítulo de Transtornos de Ansiedade. Aqui serão descritos brevemente alguns desses, como: Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), no qual o indivíduo possui medo, ansiedade e esquiva-se de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado por outras pessoas. Além dele, consta também o Transtorno de Pânico, caracterizado pelos ataques de pânico recorrentes e inesperados, que deixam o indivíduo permanentemente preocupado e apreensivo com a possibilidade de sofrer novos ataques, que são normalmente

abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que irá atingir o auge em poucos minutos, sendo acompanhado de sintomas físicos e/ou cognitivos. Os sintomas mais frequentes deste transtorno são: o aperto no peito, palpitações, falta de ar, sensação de sufocamento, tontura, formigamento, medo de perder o controle, de enlouquecer e até mesmo morrer. O Transtorno de Ansiedade Generalizada é definido como uma ansiedade e preocupação persistentes e exageradas de difícil controle sobre assuntos no seu cotidiano. Possui alguns sintomas físicos e emocionais, como a dificuldade na concentração, fadiga, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono. Já na Fobia Específica, o indivíduo vivencia o medo e a ansiedade de forma acentuada, acerca de um objeto ou situação específica, como por exemplo, teme tempestades, altura, animais, injeção e ferimentos/sangue (APA, 2014).

Os índices têm demonstrado que durante a pandemia muitos profissionais da saúde também foram acometidos com depressão ou indicadores de depressão, se tornando um assunto muito comentado nos últimos tempos (SANTOS et al., 2021). Apesar de tantas informações ainda há quem confunda e não saiba distinguir a doença de outros aspectos psicológicos, como a tristeza e o mau humor. Uma das formas de diferenciar é observando que, quando se passa por situações difíceis na vida, é comum as pessoas sentirem-se tristes e desanimadas, mas com o passar do tempo esse sentimento é contornado e a vida continua, já a depressão não acontece desta forma. A pessoa passa por dias de sofrimento, entrando em um grande vazio e tendo comportamentos autodestrutivos. Assim como na ansiedade, o dia a dia da pessoa é comprometido, já que a doença interfere diretamente na sua capacidade de trabalhar, comer, estudar e realizar atividades que antes lhe davam prazer. Os sintomas da depressão incluem alterações no sono, na fala, na memória, na capacidade de pensar, no raciocínio lógico, na organização emocional, entre outros (BROTTO, 2021).

Fatores de risco social e psicológico de acordo com o DSM-5 (APA, 2014) são algumas das consequências que auxiliam no desenvolvimento da depressão, podendo assim, agravar o quadro da pessoa. Dentre esses fatores estão os traumas na infância, problemas em relacionamentos interpessoais, o desemprego, problemas de saúde, dificuldade financeira e consumo excessivo de álcool e drogas (JARDIM, 2011).

SAÚDE MENTAL DOS ENFERMEIROS(AS) EM TEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19

Para Orlando (1978), o objetivo da enfermagem é estar presente seja qual for a ajuda que o paciente requerer para suprir suas necessidades, garantir o seu conforto físico e mental, tanto quanto possível, enquanto estiver submetido a algum tipo de tratamento ou controle médico. Baseado na Associação Americana de

Enfermagem - ANA, Brito (2021) descreve que o enfermeiro tem em sua atuação a responsabilidade de colocar em prática o que é definido pelo diagnóstico do médico, realizando desde os procedimentos mais simples, como medir a temperatura de um paciente, até os mais complexos como auxiliar médicos durante uma cirurgia. Neste capítulo será apresentado a atuação dos(as) enfermeiros(as) frente ao luto vivenciado em decorrência da morte de pacientes em tempos de pandemia da covid-19.

A covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global, é uma doença agressiva que possui um alto índice de contágio, debilitando o organismo da pessoa com muita rapidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou a pandemia por covid-19. O distanciamento social, segundo Carvalho et al., 2020, é uma das medidas mais importantes e eficazes para reduzir o avanço da contaminação causada pelo vírus SARS-CoV-2. Este distanciamento trouxe resultados positivos no controle da doença, em contrapartida, as consequências foram relacionadas à saúde mental nos indivíduos, mostrando que o coronavírus não é apenas uma crise epidemiológica, mas psicológica também.

Diante deste cenário, o Governo Federal no ano de 2020 determinou novas regras para o contexto hospitalar. Dentre elas, a restrição de visitas para diminuir a circulação de pessoas no ambiente com o objetivo de minimizar os riscos de contaminação. A presença de um acompanhante auxilia no enfrentamento do paciente e da família à situação de hospitalização (FICHER et al., 2021). Portanto, com base na Lei nº 14.198, publicada no dia 02 de setembro de 2021, pelo Governo Federal, os profissionais de saúde inseridos neste contexto utilizam de celulares e tablets para mediar as videochamadas entre o paciente e seus familiares.

Gameiro (2020) chamou atenção para os indicadores que apontam a situação crítica em que o país se encontra, sendo o maior colapso sanitário e hospitalar na história do Brasil, como se vê atualmente com a pandemia do coronavírus. Para Santos et al. (2021), os(as) enfermeiros(as) estão na linha de frente buscando promover saúde e bem-estar aos pacientes que estão infectados pelo vírus, considerando que a doença debilita o organismo da pessoa com muita rapidez, levando o sistema de saúde ao caos por falta de respiradores, leitos, unidade de terapia intensiva (UTIs) e até mesmo os equipamentos de proteção individual (EPI's), resultando nas mortes de pacientes por falta de estrutura e material adequado. Nesse contexto, o trabalho dos(as) enfermeiros(as) torna-se exaustivo, fazendo-os cumprir plantões consecutivos para substituir seus colegas que estão infectados e não podem atuar, mas que em pouco tempo precisam retornar com as atividades devido a carência de profissionais. Vale ressaltar que alguns enfermeiros(as) deixaram suas famílias e se isolaram para não colocar a vida das pessoas que amam em risco, por conta do alto índice de contaminação (TEIXEIRA et al., 2020).

Em uma situação pandêmica a saúde mental dos(as) enfermeiros(as) se encontra fragilizada, o cenário no qual os profissionais atuam é desgastante, precisam lidar com a vida e a morte a todo momento, o risco de contaminação própria e de parentes, a sobrecarga de trabalho, os plantões prolongados, a dor da perda e o luto, sem uma remuneração condizente com o trabalho realizado. Os(as) enfermeiros(as) estão enfrentando um grande desafio de estar onde ninguém quer estar, de enfrentar o desconhecido sem saber quando irá acabar (TEIXEIRA et al., 2020).

A pandemia trouxe à tona os desafios e luta que a enfermagem enfrenta há tempos, buscando valorização, respeito, um piso salarial adequado e condições dignas e seguras de trabalho (SOARES et al., 2022). Segundo dados colhidos na Escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (EEP HCFMUSP, 2020), o profissional precisa aprender a conciliar a ansiedade e as frustrações com o mundo fora do hospital. Ao chegar em casa após um dia cansativo de trabalho, a pessoa busca um momento de relaxamento, e ao ligar a televisão é bombardeada de reportagens e notícias sobre a pandemia. A angústia de ver as estatísticas aumentando é grande, a pessoa acaba lidando com essa situação dentro e fora do trabalho.

Desta forma, ao final do dia esses profissionais continuam angustiados, já que não importa quão prestativos e cuidadosos eles são, as notícias que saem na mídia não colaboram e o momento atual dentro dos hospitais não eleva o ânimo destes profissionais (SILVA & MARCOLAN, 2020). Tudo acaba se somatizando, e por isso é essencial o acompanhamento psicológico destinado aos profissionais de enfermagem, para que consigam lidar com seus anseios, frustrações e perdas, diante do atual cenário (PEREIRA et al., 2020).

A morte está presente no cotidiano do(a) enfermeiro(a), entretanto fica evidente que estes profissionais têm dificuldade de expressar seus sentimentos em relação ao processo de morte e lidar com o luto. Os conflitos acarretados por conta desta fatalidade deixam o ser humano com sentimento de raiva, impotência, tristeza e negação (MATTOS et al., 2009). Durante a pandemia por covid-19 o crescente número de mortes não tornou o processo mais fácil e conseqüentemente menos impactante para os profissionais da enfermagem. Segundo dados coletados no site Coronavírus Brasil (2021), atualizado em 30 de novembro de 2021, o país já possui um total de 614.376 mil mortes pelo novo coronavírus.

Uma das dificuldades encontradas no processo de morte e luto é a despedida deste ente querido, já que o ritual funerário teve a capacidade de pessoas presentes reduzida e o tempo de duração limitado. Os serviços funerários começaram a atender números elevados de pessoas que vieram a óbito em decorrência da pandemia causada pela covid-19 em um curto período, gerando inúmeros enterros coletivos a céu aberto (GIAMATTEY et al., 2022). O paciente diagnosticado com o

vírus SARS-CoV-2 que necessita de uma internação em um hospital, fica isolado, sem uma presença amiga, que se faz tão importante neste momento de luta para sobreviver (FICHER et al., 2021). Esta doença está levando muitas pessoas a óbito, destruindo sonhos, deixando os familiares e amigos dessas pessoas desolados. As perdas são irreparáveis, e eles precisam de muito apoio, empatia e ajuda psicológica para lidar nesse momento (LUKACHAKI et al., 2020).

PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE A MORTE E O LUTO

Nesta discute a importância do conceito morte. De acordo a teoria psicanalítica, faz-se necessário o conceito da morte no psiquismo e no inconsciente. Entretanto temos uma complicação, pois Freud afirma que o inconsciente não guarda representações negativas, isto é, não teria como falar de uma representação direta da morte, a partir do momento que ela deveria representar a ausência de vida. Isso significa que todos os impulsos de desejo do ser humano são positivos, já que o desejo de morrer não pode ser pensado como uma vontade inconsciente. As pulsões de vida constituem a força de ligação no aparelho psíquico, toda a tentativa de organização é expressa por ela, em contradição à pulsão de morte, seria a força de desligamento, ruptura e traumatismo à organização psíquica (CAMPOS, 2013).

Ao estudar sobre o tema morte torna-se indispensável entender melhor sobre o luto. O significado de luto (TREVISANO et al., 2019) segundo a obra Luto e Melancolia de Freud (1915/1996), demonstra que a perda não precisa ser necessariamente a de um ente querido, mas de algo que irá ter as mesmas proporções, como a perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto. Quando se compreende toda a diversidade de perdas, como a incapacidade física, divórcio, demissão, incapacidade física, entre outras, o luto é visto como um conjunto de reações fisiológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais.

Para Campos (2013), quando a perda envolve sentimento, sua aceitação fica mais difícil, levando a pessoa a ficar dias, semanas e até meses em uma condição de profunda tristeza, podendo ser confundido com uma patologia, que segundo Freud, produzirá na pessoa uma melancolia ao invés do luto propriamente dito, deixando a entender que ela possui uma disposição patológica. Algumas pessoas conseguem passar por esse momento de maneira natural, mas há quem não consiga, tornando-se fundamental a ajuda de profissionais. É necessário que o sujeito viva o seu luto, para não ficar preso no meio do processo, sem perceber, já que os sintomas de uma perda se parecem com outras patologias.

A identificação melancólica proposta por Freud, irá abordar problemas relacionados ao luto, que revela ser um processo doloroso, constituído de dois aspectos nesse tipo de patologia: os afetos depressivos e a autorrecriação do ego (CAMPOS, 2013). É estabelecido uma semelhança entre a patologia e

a normalidade, ao comparar a fantasia melancólica com o trabalho do luto. O sentimento de vazio quando uma pessoa perde algo importante para ela é muito parecido com o vazio da melancolia, e sua intensidade será dada de acordo com a maneira que ela tem de lidar com os obstáculos (PERES, 2010).

A perspectiva teórica chamada de Logoterapia, segundo Moreira e Holanda (2010), é também conhecida como a Psicoterapia do Sentido da Vida na psicologia, possuindo caráter fenomenológico, existencial, humanista e teísta. Caracteriza-se pela análise da experiência imediata com origem na motivação para a liberdade e para o encontro do sentido de vida. O método fenomenológico é o que deve ser tomado, pois o fenômeno não é a aparência, e sim, a manifestação ou revelação de que há a coisa mesma ou o ser em si, sendo o abrir-se e o manifestar-se da própria realidade vivida pelo sujeito (PETTENGILL & ANGELO, 2000).

Para Frankl (1991), o homem só é completamente ele mesmo quando fica dedicado a realizar tarefas, desta maneira ele esquece de si mesmo por estar focado em uma causa ou em alguém. Este autor, afirma que o arrependimento tem a força e o sentido de fazer com que um evento externo se transforme em algo não acontecido, em contrapartida a tristeza e o luto têm a força e o sentido de fazer com que aquilo que de fato existiu continue existindo. O sofrimento é inserido na própria essência da vida do ser humano, já que o sofrer vai muito além do estar doente. Há situações em que o homem só consegue realizar-se completamente no sofrimento, e apenas nele. “A morte é, sem dúvida, a maior adversidade com que o homem se defronta. Não tanto a morte em si, mas o simples conhecimento de que sua vida se extinguirá irreversível e inescapavelmente” (RODRIGUES, 1991, p. 181).

O ser humano passa, segundo Frankl (2003), diante da morte pelo sentimento de dor e sofrimento, mesmo com o entendimento de finitude da vida, quando este não se enquadra nos padrões e tempo considerados normais. Tal finitude é importante para que a pessoa não adie suas ações, caso contrário não seria necessário realizá-las agora, pois teria tempo o suficiente para fazer daqui a alguns anos. A morte torna o futuro limitante, fazendo com que a pessoa busque aproveitar a vida sabendo que muitos momentos não podem ser repetidos. Não se julga a vida da pessoa pela sua biografia, considerando que uma vida longa não significa obrigatoriamente que possuiu sentido, da mesma forma que sua rapidez não irá destitui-la de sentido. Deste modo, a morte faz parte da vida, pertence a ela assim como o sofrimento, tendo em vista que nenhum dos dois tornará a existência do ser humano sem sentido, mas sim plena de sentido (FRANKL, 2003).

É importante salientar que o significado de morte varia em diferentes culturas, civilizações, religiões, credos, e sobretudo, no tipo de morte. Cada uma possui seus valores e características sobre o conceito de finitude humana, que reflete nos rituais da morte e do morrer, sendo relativo diante da diversidade e peculiaridade dos povos (BASSO & WAINER, 2021).

Por outra parte, foi em 1959 que a Tanatologia, com os estudos de Feifel (1959), teve seu grande desenvolvimento. Sua obra *The meaning of death* revela a importância e a necessidade de discutir-se sobre o tema Morte. A palavra Tanatologia provém de Thanatos que significa morte, e Logos estudo. Segundo Parkes (1998), é preciso ter cautela ao classificar precocemente os processos de luto como disfuncionais, somente por não seguirem etapas ou estágios que eram considerados específicos do processo. Para o autor é fundamental avaliar cuidadosamente caso a caso.

Rando (1993) menciona que há consequências sérias quando a pessoa que apresenta risco para o processo de luto não é tratada. Para isso, é fundamental apresentar as tendências culturais e tecnológicas que possam vir a intensificá-la, identificar os fatores de risco e observar o que é necessário para ser trabalhado na terapia, evitando deste modo o luto complicado. O referido autor cita ainda que há uma grande dificuldade em identificar os fatores complicadores do luto. Para isso, é indispensável a revisão de alguns conceitos como o luto patológico, anormal, disfuncional, desajustado, entre outros. As circunstâncias anteriores e posteriores à morte, influenciam e dificultam o processo de luto. A autora afirma que existem alguns processos que são importantes para o desenvolvimento do luto, são eles: reconhecer o luto, reagir à separação, recolher e reviver as experiências com a pessoa perdida, desligar-se das relações antigas, reajustar-se à nova situação, investir energia em novas relações.

A psiquiatra Kübler-Ross, desenvolveu sua obra *Sobre a morte e o morrer* em 1969, e a partir dela analisou os sentimentos que geralmente as pessoas apresentavam ao receber o diagnóstico de uma doença incurável, sendo essencial que estes sentimentos sejam externalizados para auxiliar no processo de aceitação. Foi em 2005, que Kübler-Ross e Kessler publicou o seu último livro intitulado *On Grief and Grieving*, destacando assim as fases do luto conforme as reações de pessoas que perdiam um ente querido (NETTO, 2015). De acordo com os autores, nem todos irão vivenciar o luto da mesma forma, “Nosso luto é tão individual como nossas vidas” (KÜBLER-ROSS & KESSLER, 2005). Logo, a autora dividiu o processo de luto em 5 etapas, sendo: I) Negação: nesta fase a pessoa irá receber a notícia do falecimento de um ente querido, e sua primeira reação, normalmente, é negar dizendo frases como “isso não é verdade”. II) Raiva: para a autora, é um sentimento que não faz muito sentido, já que pode ser concentrado em qualquer coisa ou pessoa. Isto é, pode direcionar-se a equipe de saúde - que não conseguiu salvar a vida do paciente a tempo, para si própria, por não conseguir fazer nada que pudesse reverter a situação, para Deus questionando-o do porquê e para a vida, por ser injusta. III) Barganha: a pessoa fará promessas e juramentos a Deus, para que ele salve a vida daquele ente. Normalmente nesta fase a culpa acompanha o processo, em que o sujeito irá questionar-se acreditando que poderia ter feito

algo de diferente para que a situação não chegasse neste ponto. No primeiro momento ele pedirá a Deus para salvar aquela vida, e após um tempo, sua súplica será para que a pessoa morra sem dor ou sofrimento. IV) Depressão: é importante ressaltar que neste caso a depressão não deve ser compreendida como um estado patológico, necessitando do uso de medicação. Deve ser entendida como um processo de reação natural após a perda de uma pessoa querida. V) Aceitação: nela a pessoa passa a aceitar que aquele ente não estará mais fisicamente com ela, e que agora as coisas mudaram. Esta aceitação não significa que está tudo resolvido, ela irá proporcionar que o sujeito consiga passar por esse momento encarando sua nova realidade e dando um significado a ela, à proporção que novas relações podem ser estabelecidas, e o sujeito aprenderá a viver sem aquela pessoa que se foi. Estes estágios segundo a autora, podem não acontecer nesta ordem, dependerá da forma que a pessoa irá escolher para lidar com a situação (KÜBLER-ROSS & KESSLER, 2005).

Combinato e Queiroz (2006) relatam que a pessoa que vivencia o processo de morte, vive sozinho seus sentimentos e emoções, o que de certa forma faz com que os profissionais da área da saúde reflitam sobre as suas ações, uma vez que estão preparados para lidar somente com a vida e a cura, e não com a pessoa que está morrendo. O profissional de saúde traz alguns fatores estressantes associados à sua prática, como o contato intenso e constante com a dor, o sofrimento, a morte e o morrer (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Portanto, o cuidado com quem está cuidando é importante na formação acadêmica e/ou durante a atuação prática deste profissional (COMBINATO & QUEIROZ, 2005). A compreensão sobre essa temática influenciará os profissionais da saúde na maneira de interagirem e na execução do trabalho, portanto é necessário problematizar os significados da morte e do morrer desde sua formação até a prática em hospitais (PERBONI et al., 2018).

As autoras McGoldrick et al. (1998) explicam que durante toda a vida ocorrem fatos que proporcionam a elaboração do luto, para que desta forma, a pessoa consiga aprender e dar continuidade à vida. É utilizado pelas autoras exemplos como: a saída do jovem solteiro de casa, o nascimento do primeiro filho, a entrada do filho na escola, quando os filhos saem de casa (fenômeno conhecido por “ninho vazio”) e o divórcio (MCGOLDRICK et al., 1998).

Os profissionais da área da saúde necessitam de um preparo emocional para lidarem com o processo de morte e de luto, além do conhecimento das fases desse processo e das condutas que devem apresentar com a família e o paciente. A morte é considerada pela equipe hospitalar, um fracasso, acompanhado muitas vezes pelo insucesso do profissional, desencadeando assim o estresse, a angústia e o medo, que podem levar a pessoa a desenvolver uma patologia (FARIA & FIGUEIREDO, 2017). De acordo com Santos e Homanez (2013), os profissionais que possuem uma relação direta, dia a dia com o paciente em sua terminalidade,

são os(as) enfermeiros(as), que buscam proporcionar resultados positivos para o tratamento do paciente. Vale destacar que estes profissionais que se deparam com pacientes fora da possibilidade de cura, nem sempre possuem o preparo psicológico e emocional necessário, o que pode acarretar resultados negativos em sua rotina de trabalho (FARIA & FIGUEIREDO, 2017).

PERCURSO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos(as) enfermeiros(as) sobre a saúde mental em decorrência das mortes de pacientes em tempos de pandemia por covid-19. De maneira específica, a pesquisa tratou de a) Analisar a percepção sobre a saúde mental dos(as) enfermeiros(as) e sua atuação profissional no contexto da morte de pacientes durante a pandemia por covid-19 e b) Discutir como os enfermeiros enfrentaram o luto bem como a ansiedade e a depressão impactaram suas vidas na pandemia por covid-19.

Esta pesquisa de campo, qualitativa e descritiva, que teve o objetivo de analisar a saúde mental dos(as) enfermeiros(as) durante a pandemia da covid-19. A amostra por conveniência teve como critério de seleção profissionais que exercessem suas atividades dentro de hospitais cuidando diretamente de pacientes infectados pelo vírus SARS-CoV-2. Portanto, contou com 6 participantes, todos eles enfermeiros(as), sendo 3 pessoas do sexo feminino e 3 pessoas do sexo masculino.

Seguindo os protocolos do Ministério da Saúde, a pesquisa foi realizada por meio plataforma Google Meet em que os enfermeiros(as) foram entrevistados individualmente, seguindo as exigências sanitárias durante este momento pandêmico. O contato com os(as) enfermeiros(as) se deu por meio de uma pessoa próxima a autora desta pesquisa, que trabalha em hospital. Por meio do número de contato, foi agendada uma entrevista individual utilizando a plataforma Google Meet, para a realização das entrevistas considerando as exigências sanitárias decorrentes da pandemia por covid-19, que dificulta o contato pessoal para a realização destas entrevistas. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a entrevista foi gravada para posterior análise do conteúdo.

O instrumento utilizado para a pesquisa foi uma entrevista em profundidade composta por 5 questões sobre a saúde mental e vivência do luto durante a pandemia por covid-19. As perguntas foram estruturadas inicialmente buscando entender o que os levou a escolher esta profissão, investigando quais foram as estratégias utilizadas para lidar com a morte de pacientes durante a pandemia por covid-19; pedindo que comentassem um pouco sobre como esse acontecimento colaborou para o desenvolvimento de uma doença mental como a depressão em enfermeiros(as); como a pandemia por covid-19 colaborou com o desenvolvimento e agravamento da ansiedade nos profissionais de enfermagem e como o profissional

vivencia o luto pelos pacientes neste momentos de pandemia por covid-19. Para analisar os dados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), considerando as categorias de análise obtidas a partir das entrevistas para expressar os significados relativos às perguntas. As três fases que precisam ser seguidas para obter os dados são: Na primeira fase temos a Pré-análise, nesta fase é importante que o pesquisador escolha os documentos a serem analisados, e do mesmo modo a formulação de hipóteses para elaborar os indicadores para o resultado. A segunda fase consiste na exploração do material, que é dividida em duas etapas: a primeira, a da codificação, na qual deve ser feito o recorte das unidades de registro, que podem ser o tema, a palavra, o objeto, o personagem ou o acontecimento. É necessário que seja feita uma enumeração de acordo com os critérios determinados, através da frequência, intensidade e direção. Outra etapa é a de categorização de material, que precisa ser os seguintes critérios: semântico, sintático, léxico ou expressivo. A última fase é a do tratamento dos resultados, em que a análise dos resultados pode ser feita através da inferência que é uma forma de interpretação controlada. Segundo Bardin (2016), a inferência poderá “apoiar-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: por um lado, a mensagem (significação e código) e o seu suporte ou canal; por outro, o emissor e o receptor”. A pesquisa foi aprovada junto ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Católica de Petrópolis sob parecer nº 5.050.579 em conformidade com as diretrizes e cuidados éticos da Resolução nº 466 de 2012.

RESULTADOS DO ESTUDO

O resultado encontrado referente ao tempo de atuação é amplo, variando entre 4 (P1) e 11 anos (P3). Entre os participantes, a média de idade é de 39 anos, com idade mínima de 28 anos (P1) e a máxima de 47 anos (P3). Conforme mencionado na análise de dados, foram criadas categorias baseadas nas perguntas realizadas para os(as) profissionais de enfermagem, para a análise do conteúdo. Essas categorias estão representadas a seguir na Tabela 1, e na sequência será apresentada as análises realizadas.

Tabela 1 -Categorias para Análise do Conteúdo

Atuação na linha de frente momento de pandemia COVID-19	Medo	Desgastante	Ansiedade
Estratégias adotadas para lidar com a morte de pacientes durante a pandemia por COVID-19	Conversa	Pesquisa	Fé
Luto pelos pacientes durante a pandemia por COVID-19	Desabafo	Crença religiosa	Angústia
Saúde mental- Ansiedade	Doença desconhecida	Despreparo	Sobrecarga
Saúde mental- Depressão	Isolamento	Muitas mortes	Insegurança

Fonte: As autoras, (2022)

ATUAÇÃO NA LINHA DE FRENTE MOMENTO DE PANDEMIA COVID-19

Esta categoria apresenta alguns sentimentos dos(as) profissionais de enfermagem no momento de pandemia por covid-19. Para Santos et al. (2021), os(as) enfermeiros(as) que estão na linha de frente buscam promover saúde e bem-estar aos pacientes que estão infectados pelo vírus SARS-CoV-2. Entretanto, se observou nos relatos dos participantes (P1, P2, P4, P5 e P6) que se sentiam sobrecarregados de trabalho, causando-lhes um desgaste, ademais do medo por estarem atuando diretamente com os pacientes infectados, uma vez que poderiam contrair o coronavírus e contaminar sua família, corroborando com os estudos de Teixeira et al. (2020). Este medo não fica relacionado somente a contaminação de um ente querido, vai além disso, pois a possibilidade de perdê-lo deixa o profissional desestabilizado. No entanto, quando esta preocupação se torna excessiva, afetando o seu trabalho e qualidade de vida, tornar-se um transtorno que precisará ser tratado (APA, 2014). Outrossim, os profissionais de enfermagem (P2, P3, P4, P6) relataram que em seus ambientes de trabalho não houve escassez de insumos hospitalares, diferente do que foi noticiado sobre outras cidades. Devido às reportagens publicadas nos jornais e televisão, as enfermeiras (P1, P2, P3) começaram a ficar ansiosas e com medo de não terem o necessário para trabalharem de forma segura, e de não serem capazes de proporcionar bem-estar para o paciente contaminado. Vale ressaltar que não havia material sobrando, elas possuíam apenas o que seria essencial.

ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA LIDAR COM A MORTE DE PACIENTES DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

A segunda categoria traz algumas estratégias utilizadas enfermeiros(as) entrevistados para conseguirem lidar com a morte de pacientes por covid-19. Foram encontrados os seguintes resultados: Para uma enfermeira (P1) e um enfermeiro

(P5), a primeira estratégia utilizada foi a de ter fé, agarrar-se em sua crença, seja qual for, pedindo proteção, força e esperança para dias melhores, e para a enfermeira (P3) devido a sua crença religiosa, revelou ter um olhar diferente sobre a morte e o morrer, portanto, consegue encarar melhor sem sentir-se impactada. A segunda estratégia de P1 e P5 foi a de conversar com amigos, colegas de trabalho e familiares, em busca de um refúgio para externalizar o que estavam sentindo e vivenciando. Igualmente ocorrido com (P2, P3 e P4) compactua do mesmo pensamento de que a conversa foi um meio que os ajudou a passar por este momento tão delicado.

Para a enfermeira (P3) e o enfermeiro (P4), a forma que decidiram lidar com tantas mortes foi diferente, neste caso eles decidiram pesquisar tudo sobre o vírus, buscando atualizações sobre tratamentos e medicações que pudessem dar alívio para o paciente infectado. Além dos(as) enfermeiros(as) citados anteriormente. O último enfermeiro (P6) informou que tenta ser o mais racional possível, sem demonstrar sentimentos e sem se envolver. Ao longo de suas considerações, este mesmo enfermeiro (P6) conta que seu irmão faleceu em decorrência do vírus, logo, ainda se encontra em processo de luto e negação, pois em sua concepção, nada disso parece ser real.

LUTO PELOS PACIENTES DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

Nesta pergunta os profissionais (P1, P2, P3 e P5) também relataram situações que os deixaram sensibilizados. Eles viram parentes, amigos e colegas de profissão ir a óbito. A enfermeira (P3) relata que apenas um caso a marcou:

Tentei ser muito profissional e estabeleci um limite, para não me envolver emocionalmente com os pacientes. Mesmo assim, uma mãe que cuidei me marcou demais, chego a ficar emocionada lembrando. Já tinha visto essa moça outras vezes no hospital, mas em circunstâncias diferentes, antes da pandemia. Ela estava evoluindo bem no plantão que a vi, mas depois de uma semana que retornei ao hospital, ela tinha piorado demais. E foi aí que ela disse para mim que não iria conseguir sair do hospital, e pediu o celular emprestado para poder se despedir dos seus filhinhos, e 3 horas depois dela se despedir, veio a óbito (Participante 3).

Os(as) enfermeiros(as) (P1, P3 e P5) buscavam em suas crenças religiosas maneiras de superar os lutos que vivenciavam, pois para eles, somente a fé poderia aliviar este momento tão difícil. Já os(as) enfermeiros(as) (P2 e P4) acharam outra forma de confortar seu sofrimento, no desabafo com outras pessoas. O modo que o enfermeiro (P6) adotou para seguir em frente foi agarrando-se à sua esposa, filha e mãe, que lhe davam forças para continuar.

SAÚDE MENTAL - ANSIEDADE

Os(as) enfermeiros(as) (P1, P2, P3, P4, P5 e P6) informaram durante a entrevista que, inicialmente, os maiores desafios encontrados foram: lidar com a sobrecarga de trabalho, com uma doença desconhecida e com profissionais despreparados sem saberem como cuidar de um paciente infectado com o vírus SARS-CoV-2. Esta situação acarretou o desenvolvimento e/ou agravamento da ansiedade nos profissionais de enfermagem (P1, P2, P4, P5), que de acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (APA, 2014), desencadeia sintomas como medos, incertezas, angústias e preocupações excessivas, como por exemplo, ao colocar corretamente os equipamentos de proteção individual (EPI'S), pois sabem que algum erro na colocação os deixa em contato direto com o vírus, e conseqüentemente, podem contaminar seus entes queridos. Uma das profissionais entrevistadas (P1) informou:

Eu já sofria de ansiedade, mas quando a pandemia iniciou e tive que lidar com os pacientes infectados, precisei pedir ajuda e comecei com a terapia. Foi um momento muito difícil, eu estava tendo crises de ansiedade terríveis, incapacitantes, cheguei a precisar de medicação para controlar. Por muito tempo pensei que eu estava ficando louca, não sabia se conseguiria aguentar essa pressão. Não está sendo fácil, é um dos maiores desafios que eu já tive na minha vida (Participante 1).

Alguns enfermeiros(as) (P2, P4, P5) apontaram que a ansiedade também estava relacionada ao querer ajudar o paciente infectado. Tendo em vista a agressividade deste vírus, a piora clínica dos pacientes era iminente, e para tentar proporcionar um conforto melhor para esses doentes, os(as) profissionais de enfermagem administravam a medicação para alívio dos sintomas, já que não existe um remédio que atue diretamente na causa da doença. A enfermeira (P3) e o enfermeiro (P6) tiveram seu posicionamento diferente da maioria dos entrevistados. Eles informaram que viram de perto muitos profissionais ansiosos, que foram piorando durante o período pandêmico, revelando que o cuidador também precisa ser cuidado. Contudo, diferente dos(as) outros(as), ambos relataram não ter sentido nenhum sintoma de ansiedade, nervosismo ou angústia nesta etapa, pois acreditam que em sua profissão é necessário ter equilíbrio e limite para sentir.

SAÚDE MENTAL - DEPRESSÃO

Conforme Carvalho et al. (2020), o distanciamento social é uma das medidas mais importantes e eficazes para reduzir o avanço da contaminação causada pelo vírus SARS-CoV-2. Entretanto, este distanciamento trouxe conseqüências

relacionadas à saúde mental desses profissionais. A enfermeira (P3) informou que notou alguns profissionais da área da saúde deprimidos, uma vez que não podiam sair para se distrair, mas precisavam trabalhar diretamente com pacientes contaminados. Os(as) enfermeiros(as) (P1, P2, P4 e P5) relataram que após as medidas de distanciamento social, sentiram-se deprimidos e fragilizados. Os(as) profissionais (P1, P2, P4 e P5) citaram que a incerteza foi um grande fator que favoreceu o aumento da depressão. As maiores incertezas desses profissionais (P1, P2, P5 e P6) eram: “Quanto tempo irá durar?”, “Como será o dia de amanhã?”, “Teremos material suficiente para tratar desses pacientes?”, “Será que conseguiremos dar conta?”. Foi mencionado pelos(as) enfermeiros(as) (P2, P3 e P6) algumas situações que testemunharam, como as crises de pânico de colegas dentro do ambiente hospitalar, afastamento do trabalho devido a depressão. Além da difícil tarefa de sair de casa e ficar longe das pessoas que amam, para não os contaminar. Acrescentam ainda que um fator que auxiliou no desenvolvimento desta doença mental, foi o grande número de mortes. As enfermeiras (P1 e P2) apontaram que, desde sua formação, aprendem a lidar com a morte, mas dessa vez estava sendo diferente. Segundo a enfermeira (P2), foi um cenário inimaginável e desesperador, porque precisaram lidar com inúmeras mortes.

Mesmo que estivéssemos acostumados a lidar com a morte, vivenciamos um cenário inimaginável. Por exemplo, enquanto preparávamos um corpo, surgiam outros, eram muitas perdas seguidas, sendo que aquelas pessoas tinham uma família, uma vida! Não era apenas mais um número para a estatística. Eu fiquei desgastada emocionalmente, e vi muitos colegas também ficarem (Participante 2).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas entrevistas realizadas foram apresentados pontos relevantes para o cuidado com a saúde mental dos(as) enfermeiros(as) durante a pandemia por covid-19, evidenciando os impactos provocados pela morte de pacientes infectados. Levando em consideração as informações fornecidas na pesquisa, a saúde mental de 4 dos 6 enfermeiros(as) se viu afetada pelos possíveis fatores citados como desencadeadores: I) Medo da contaminação: Entre os entrevistados, 5 foram infectados(as) e revelaram que a maior preocupação era de transmitir o vírus para seus entes queridos, visto que este coronavírus ainda tem reações diversas e cada organismo reage de uma forma, podendo levar até mesmo a morte. II) Distanciamento Social: Uma das medidas utilizadas para reduzir o avanço da doença foi o distanciamento social, que colaborou na diminuição da taxa de contaminação.

Por outro lado, este afastamento causou consequências para a saúde mental de grande parte dos profissionais entrevistados e de outros que foram apresentados nos meios de comunicação, a evitação do contato com seus amigos e familiares. III) Elevada taxa de óbitos: Os profissionais de enfermagem vivenciaram muitas perdas, dentre elas estavam colegas de trabalho, amigos e familiares, que vieram a óbito em decorrência de complicações geradas pelo vírus SARS-CoV-2 IV) Sobrecarga de trabalho: diante do crescente número de pessoas infectadas, as demandas de trabalho aumentaram consideravelmente. A maioria relata que por diversas vezes, precisaram cumprir hora extra para substituir colegas que também se infectaram, levando-os à exaustão física e mental. Metade dos enfermeiros que participaram desta pesquisa, informaram que agarrar-se a uma crença religiosa e conversar sobre o assunto ajudou no processo de luto. Esta pesquisa contribuiu para uma reflexão sobre como adoecimento mental dos profissionais de enfermagem na linha de frente no processo do luto dos pacientes na pandemia por covid-19.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde colet.*, 23(6), p. 2067-2074, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5ª ed). Artmed, 2014.

BARDIN, L. Análise de conteúdo (3a. ed.). Edições 70, 2016.

BASSO, L. A.; WAINER, R. Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), p 35-43, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872011000100007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. (Org.). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. Casa do Psicólogo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil. Covid-19. Painel coronavírus, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

BRITO, M. P. V. As atividades da enfermagem na unidade de emergência. Hospital Federal de Bom Sucesso, 2021. Disponível em: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/artigos/atividades.asp>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

BROTTO, T. Diferença entre Depressão e Tristeza. Psicólogo e Terapia, 2021. Disponível em: <https://www.psicologoeterapia.com.br/depressao/diferencaentre-depressao-etristeza>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

CAMPOS, E. B. V. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. Revista de Psicologia da UNESP, 12(1), p. 13-24, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198490442013000100003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

CARVALHO, R. T.; NINOMIYA, V. Y.; SHIOMATSU, G. Y. Entenda a importância do distanciamento social. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/108-distanciamento-social#:~:text=O%20distanciamento%20social%20%C3%A9%20uma,conhecido%20como%20o%20novo%20coronav%C3%ADrus>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. de S. Morte: uma visão psicossocial. Estud. psicol., (Natal), 11(2), p. 209-216, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>.

DOUGLAS, P. K.; DOUGLAS, D. B.; HARRIGAN, D. C.; DOUGLAS, K. M. (2009). Preparing for pandemic influenza and its aftermath: mental health issues considered. International journal of emergency mental health, 11(3), p. 137-144, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20437844/>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

ESCOLA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS-FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Enfermagem na linha de frente contra a Covid-19, 2020. Disponível em: <https://eephcfmusp.org.br/portal/online/enfermagem-linha-frente-covid-19/>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

FARIA, S. de S.; FIGUEREIDO, J. de S. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. Psicol. hosp., 15(1), p. 44- 66, 2017.

FEIFEL, H. The meaning of death. Mc Graw Hill, 1959.

FICHER, A. M. F. T.; ANTONECHEN, A. C.; CARVALHO, F. L.; SILVA, H. T. P. L.; MEGHELLI, B. L.; MOTTA, M. C. dos S.; VICTAL, F. de C. A.; CIRILLO, L. P.; IANHEZ, E., Jr.; QUAGLIO, R. de C.; CABRAL, J. K. de O.; VERCEZE, R.; URQUIDI, I. B.; BORTOLETTO, L. Z. Videochamadas: aproximando paciente, família e equipe durante a internação em tempos de pandemia de COVID-19. Revista Qualidade

HC (Ribeirão Preto), 2, p. 305-312, 2021. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/312/312.pdf>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

FILGUEIRAS, A.; STULTS-KOLEHMAINEN, M. Comportamento dos brasileiros durante o isolamento, 2020. Disponível em: <https://www.uerj.br/noticia/11028/#:~:text=Os%20resultados%20mostram%20que%20os,em%20parceria%20com%20o%20Dr>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

FIRST, M. B. Avaliação psiquiátrica de rotina. Manual MSD, 2020. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/ptbr/profissional/transtornospsiqui%C3%A1tricos/abordagem-ao-paciente-comsintomasmentais/avalia%C3%A7%C3%A3o-m%C3%A9dica-do-paciente-com-sintomas-mentais>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

FRANKL, V. E. A psicoterapia na prática (C. M. Caon, Trad.). Papyrus, 1991.

Frankl, V. E. Psicoterapia e sentido da vida (A. M. Castro, Trad.). Quadrante, 2003.

Freud, S. Luto e Melancolia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Vol. XIV. A história do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914- 1916). Imago. (Original publicado em 1915), p. 245-263, 1996.

GAMEIRO, N. Depressão, ansiedade e estresse aumentam durante a pandemia. FIOCRUZ Brasília, 2020. Disponível: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/depressao-ansiedade-e-estresse-aumentamdurante-a-pandemia/>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

GIAMATTEY, M. E. P.; FRUTUOSO, J. T.; BELLAGUARDA, M. L. R.; LUNA, I. J. Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis reverberações. Esc. Anna. Nery, 26(spe), Artigo e20210208, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0208>.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. Rev. bras. Saúde ocup., 36(123), p. 84-92, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100008>.

KÜBLER-ROSS, E.; KESSLER, D. On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss. Scribner, 2005.

LUKACHAKI, K. R. S.; TOMEIX, B. R.; OSÓRIO, A. J.; LIU, M. K. Luto e Covid-19: alguns aspectos psicológicos. Cadernos de Psicologias, (1), 2020. Disponível

em: <https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/luto-e-covid-19-alguns-aspectos-psicologicos/>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

MATTOS, T. A.; LANGE, D. C.; CECAGNO, D.; AMESTOY, S. C.; THOFEHRN, M. B.; MILBRATH, V. M. Profissionais de enfermagem e o processo de morrer e morte em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Min. Enferm.*, 13(3), p. 327-336, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/197>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

Mcgoldrick, M.; ALMEIDA, R.; HINES, P. M.; ROSEN, E.; GARCIA-PRETO, N.; LEE, E. O Luto em Diferentes Culturas. In: Walsh, F.; Mcgoldrick, M. *Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas*. ArtMed, p. 199-228, 1998.

MENDONÇA, G. A. M. O que é Ansiedade? Conheça 5 estratégias para viver bem. *Vittude*, 2019. Disponível em: <https://www.vittude.com/blog/falapsico/o-que-e-ansiedade>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é Covid-19?, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus#:~:text=A%20Covid%2D19%20%C3%A9%20uma,transmissibilidade%20e%20de%20distribui%C3%A7%C3%A3o%20global>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

MOREIRA, N.; HOLANDA, A. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. *Psico-USF*, 15(3), p. 345-356, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300008>.

NETTO, J. V. G. As Fases do Luto de acordo com Elisabeth Kübler-Ross [Trabalho apresentado em evento científico]. *Anais Eletrônico IX EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar*, n. 9, p. 4-8, 2015. Disponível em: https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/2856/1/Jose_Valdeci_Grigoleto_Netto_2.pdf. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

Noronha, E. C. Um olhar preventivo ao distúrbio de ansiedade e a dificuldade no Aprendizado [Monografia Licenciatura em Ciências]. Universidade Federal do Amazonas, 2021. Disponível em: https://riu.ufam.edu.br/bitstream/preview/5932/7/TCC_EriveltonNoronha.pdf. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mental health: strengthening our response, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. Saúde mental depende do estado físico e social. Disponível em: [Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial. As Nações Unidas no Brasil, 2016.](#)

ORLANDO, I. J. O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente. EPU/EDUSP, 1978.

Parkes, C. M. Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta (M. H. P. Franco, Trad). Summus, 1998.

PERBONI, J. S.; ZILLI, F.; OLIVEIRA, S. G. Profissionais de Saúde e o Processo de Morte e Morrer dos Pacientes: Uma Revisão Integrativa. *Persona Bioética*. 22(2), p. 288-302, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>.

PEREIRA, M. D.; TORRES, E. C.; PEREIRA, M. D.; ANTUNES, P. F. S.; COSTA, C. F. T. Sofrimento emocional dos Enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. *Research, Society and Development*, 9(8), Artigo e67985121, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5121>.

Peres, U. T. *Depressão e Melancolia* (3.ed). Jorge Zahar, 2010.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. O sentido do cuidar da criança e da família na comunidade: a experiência da aluna de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), p. 91-98, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000100012>.

RANDO, T. A. The increasing prevalence of complicated mourning: The onslaught is just beginning. *Omega: Journal of Death and Dying*, 26(1), p. 43-59, 1993. DOI: <https://doi.org/10.2190/7MDL-RJTF-NA2D-NPQF>.

Rodrigues, R. *Fundamentos da logoterapia na clínica psiquiátrica e psicoterápica*. Vozes, 1991.

SANTOS, K. M. R.; GALVÃO, M. H. R.; GOMES, S. M.; SOUZA, T. A.; MEDEIROS, A. A.; BARBOSA, I. R. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Esc. Anna. Nery* 25(spe), Artigo e20200370, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>.

SANTOS, M. A.; HOMANEZ, M. Atitudes frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), p. 2557-2768, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900031>.

SCHMIDT, B.; MELO, B. D.; LIMA, C. C.; PEREIRA, D. R.; SERPELONI, F.; KATZ, I.; RABELO, I.; KABAD, J. F.; SOUZA, M. S.; KADRI, M.; MAGRIN, N. P. A quarentena na covid-19: orientações e estratégias de cuidado. Noal, Débora, Damásio, Maria F. P. & Freitas, Carlos (Orgs.). In: *Recomendações e Orientações em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19*. Ministério da Saúde-Fiocruz, p. 112-123, 202.

SILVA, M.R.G.; MARCOLAN, J.F. Working conditions and depression in hospital emergency service nurses. *Rev Bras Enferm*, 73(Suppl 1), Artigo e20180952, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0952>.

SOARES, S. S. S.; SOUZA, N. V. D. O.; CARVALHO, E. C.; QUEIROZ, A. B.A.; COSTA, C. C. P.; SOUTO, J. S. S. COVID-19 pandemic and nursing week: analysis from software Iramuteq. *Rev Bras Enferm.*, 75(Suppl1), Artigo e20200690, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0690>.

TEIXEIRA, C. F. De S.; SOARES, C. M.; SOUZA, E. A.; LISBOA, E. S.; PINTO, I. C. de M.; ANDRADE, L. R.; ESPERIDIÃO, M. A. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc. saúde coletiva*, 25(9), p. 3465-3474, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.

TREVISANO, R. G.; ALMEIDA, J. V.; BARRETO, C. A. O olhar da enfermagem no processo de luto. *Revista Saúde em Foco*, 11, p. 574-587, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/052_O-OLHAR-DA-ENFERMAGEM-NO-PROCESSO-DE-LUTO.pdf. Acesso em: 23 de mai. de 2022.

Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: contribuições da psicologia jurídica

*Vivian Daniele de Lima
Lelio Moura Lourenço*

A violência é um fenômeno multifacetado e consiste em um problema de saúde pública. Vários são os fatores apontados na literatura que influenciam esse fenômeno: econômicos, sociais, políticos, culturais, os quais se relacionam e interagem uns com os outros. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como:

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

Ademais, a violência pode ser desdobrada em violência contra a mulher, contra o idoso, violência entre parceiros íntimos, ou ainda ser intrafamiliar ou extrafamiliar. A violência sexual contra crianças e adolescentes – objeto de estudo deste trabalho – pode ser conceituada como:

Todo ato ou omissão, praticados por pais, parentes ou responsáveis, contra crianças e adolescentes que é capaz de causar dano físico, sexual e/ ou psicológico à vítima e implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que as crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (GUERRA, 1998, p. 32-33).

Pode-se compreender a violência intrafamiliar como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Ela pode ser cometida por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir

função parental, ainda que sem laços de consanguinidade ou em relação de poder à outra (CESCA, 2004, p. 41).

Segundo por Habigzang et al. (2005), a maioria dos abusos sexuais cometidos contra crianças e adolescentes ocorre dentro de casa e são perpetrados por pessoas próximas, que desempenham papel de cuidador destas. Além disso, há sérias consequências para o desenvolvimento cognitivo e emocional da vítima. As consequências da violência que diretamente atingem a saúde da criança ou do adolescente podem ser imediatas, de médio e longo prazo. Consequências físicas podem incluir: traumas, lesões, hematomas, doenças sexualmente transmissíveis. Contudo, muitos abusos sexuais se dão sem que haja qualquer violência física ou vestígios corporais, o que dificulta sua identificação. Consequências emocionais incluem sintomas de ansiedade ou de depressão, dificuldade de relacionamento, agressividade, timidez, isolamento, alterações no sono e dificuldades escolares. Ademais, outras formas de violência intrafamiliar podem estar associadas, tais como a violência física, a violência psicológica, ou ainda a negligência.

Diante dos dados supracitados, verifica-se que esta é uma temática que se insere tanto no campo do Direito, quanto no campo da Psicologia Jurídica. Dessa forma, os principais objetivos deste capítulo são: discorrer sobre os conceitos de violência, discorrer acerca dos principais fatores de risco e das principais consequências e pontuar algumas possibilidades de intervenção do psicólogo, principalmente acerca da escuta especializada e da rede de proteção psicossocial.

DESENVOLVIMENTO

A metodologia utilizada foi a revisão narrativa. As revisões narrativas de literatura constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros e artigos. “Essa categoria tem um papel fundamental para a educação continuada, pois, permitem ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo” (ROTHER, 2007, p. 5). Dessa forma, o presente artigo contribuiu para identificar o estado atual da produção científica relacionada à temática da violência sexual contra crianças e adolescentes.

A pesquisa realizada por Habigzang et al. (2005) apontou que o desemprego, o abuso de álcool e drogas, as dificuldades econômicas e a presença de outras formas de violência na família constituíram os principais fatores de risco associados ao abuso sexual infantil. Ademais, algumas características da estrutura e da dinâmica familiar contribuíam para o desenvolvimento da violência, tais como relações assimétricas, hierárquicas, nas quais há uma desigualdade de poder, bem como papéis rígidos, autoritarismo e falta de comunicação entre os membros da família. Esses fatores de risco facilitam a identificação de quais ações precisam ser desenvolvidas, com a finalidade de intervir preventivamente, além de contribuir

para realizar diagnósticos mais efetivos, ou ainda formular políticas públicas para coibir a violência (CESCA, 2004).

A violência sexual intrafamiliar é uma forma de violência desencadeada e mantida por uma dinâmica familiar complexa. Compreendê-la é fundamental para contextualizar como a violência ocorre, quais são os aspectos mantenedores, além de contribuir identificar as necessidades e demandas específicas da família. Assim, a avaliação da dinâmica familiar envolve dois aspectos que se apresentam interligados: a “Síndrome de Segredo” e a “Síndrome de Adição”, descritas no trabalho de Furniss (1993).

Com relação à “Síndrome do Segredo”, Furniss (1993) discute que o abuso intrafamiliar geralmente acontece quando a vítima está sozinha com o agressor. Isso torna-se um segredo partilhado que é preservado por meio de ameaça e coação. O silêncio tem uma função psicológica tanto para a criança quanto para os que a cercam, indicando que algo não está bem. O silêncio também pode ser traumático (até mais traumático que o abuso em si) porque não permite que haja nem a elaboração, nem a saída da situação pela vítima. A criança submete-se à autoridade do adulto e se silencia, e faz isso às custas do próprio ego, buscando meios de se adaptar à situação. Por fim, ressalta-se que o tempo de ruptura e da revelação vai se constituir de forma singular em cada vítima. Quando ocorre a denúncia, muitas vezes, ela é tardia e não convence. Além do dano primário (que é a violência em si), o dano secundário pode ocorrer (que é manifestado pelo descrédito ou negação da família e de profissionais). Destaca-se que a ruptura pode causar desequilíbrios na configuração e na dinâmica familiar. Por isso, a criança pode sentir vergonha e culpa e voltar atrás no seu depoimento ou silenciar-se.

Com relação à Síndrome da Adição, Furniss (1993) pontua que há algumas características comuns aos autores de abuso sexual: as pessoas que abusam de crianças e adolescentes sabem que o abuso é errado e que constitui crime, sabem também que o abuso é prejudicial à criança, mas, apesar disso, o abuso acontece. O abuso, como outras adições, não cria primeiramente uma experiência prazerosa, mas serve para o alívio da tensão. O processo é conduzido, portanto pela compulsão à repetição. Os sentimentos de culpa e o conhecimento de estar prejudicando a criança podem levar a tentar parar a violência, contudo, por ser um aspecto egossintônico, essa tentativa falha. Há também uma baixa tolerância à frustração, o que demonstra um ego frágil do abusador. As pessoas que abusam, dessa maneira, tornam-se dependentes psicologicamente dos atos de abuso, elas tentam a negar a dependência e a tentativa de parar os abusos pode levar a sintomas de abstinência, tais como ansiedade, irritabilidade, entre outros.

Sintomas comuns que as vítimas apresentam podem ser manifestadas em diversas dimensões, além de prejudicar a saúde e o desenvolvimento físico e psicológico e sua integridade moral, intelectual e social. Os sintomas e manifestações

psicológicas mais comuns incluem: automutilação, tentativas de suicídio, isolamento, uso e abuso de drogas, depressão, ansiedade, irritabilidade, dificuldade de concentração, dificuldade de atenção e de memorização, despersonalização, desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático, síndromes dissociativas, impulsividade e distúrbios de conduta. Além disso, “os danos psíquicos ocasionados por essa forma de violência interferem no desenvolvimento psicossocial e na estruturação da personalidade da vítima, podendo repercutir ao longo de toda a sua vida” (GABEL, 1997; SILVA et al., 2013, p. 2286).

As consequências do abuso sexual irão depender de uma série de variáveis, destacando-se, por exemplo: a idade da criança na época do abuso, a relação que existia entre a criança e o abusador, a frequência, a intensidade, e o tipo de violência sofrida, o ambiente familiar em que a criança vive, o impacto que o abuso tem após a sua revelação, além da reação das pessoas e dos desdobramentos sociais, jurídicos e familiares (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Conforme Habigzang et al. (2005), nem sempre é possível realizar exames ginecológicos, laudos e exame de corpo de delito para comprovação ou confirmação da violência sexual. Isso ocorre porque nem sempre o abuso deixa evidências físicas. Assim, na maioria dos casos, o fim da violência sexual e a responsabilização do agressor dependerão do relato das vítimas.

A vítima pode apresentar dificuldades em relatar uma situação traumática, além de sentir medo e ansiedade. Os operadores do direito podem apresentar despreparo técnico para colher o depoimento da criança, ou dificuldades em abordar a temática da violência sexual. É necessário buscar “equalizar as necessidades de garantir a precisão do testemunho e, ao mesmo tempo, evitar a revitimização” (SILVA et al., 2013, p. 2286).

A utilização de protocolos (tais como o Protocolo Brasileiro de Entrevista Forense – baseado na técnica da entrevista cognitiva) e o treinamento de profissionais são estratégias cuja finalidade é minimizar os danos decorrentes de processos judiciais. Nesse sentido a Lei nº 13.431 de 2017 preconiza a proteção integral de crianças e adolescentes; eles devem ser considerados em sua condição de pessoa em desenvolvimento e devem ter suas necessidades atendidas com prioridade absoluta. Além disso, conforme disposto no artigo segundo, é obrigação do Estado, da família, da comunidade e da sociedade colocá-las a salvo de qualquer opressão, discriminação, humilhação, crueldade e violência (Lei nº 13.431, 2017).

De acordo com a Lei nº 13.431 de 2017, é possível que os profissionais trabalhem com crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência por meio do depoimento especial ou da escuta especializada. Esses dois procedimentos possuem objetivos diferentes. O depoimento especial é descrito no artigo oitavo, como sendo “um procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial ou judiciária” (Lei nº 13.431, 2017). A escuta

especializada, por sua vez, é descrita no artigo sétimo como “um procedimento de entrevista sobre a situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade” (Lei nº 13.431, 2017).

O depoimento especial (DE), desenvolvido na região Sul do país desde 2013, surgiu como uma estratégia diante da dificuldade do judiciário em colher o depoimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Nesse sentido, procurou-se desenvolver um ambiente diferenciado, com profissionais capacitados tanto teoricamente como tecnicamente a fim de ter uma conduta pautada no acolhimento, no respeito, na humanização e principalmente na busca por reduzir os efeitos advindos da violência (SILVA et al., 2013).

A criança ou o adolescente falam livremente, uma única vez, e busca-se garantir que as perguntas elaboradas sejam adequadas para o desenvolvimento cognitivo das mesmas. Elas participam em um ambiente separado, um espaço próprio, mais acolhedor, ou seja, a vítima e o réu não se encontram. Os profissionais também evitam que a criança e o adolescente sejam ouvidos de forma invasiva, desrespeitosa ou inconsistente. Procura-se, assim, obter um relato fidedigno, com menos prejuízo emocional, além de assegurar a justiça. A revitimização é evitada por alguns motivos. Primeiramente, por ocorrer uma só vez, pois evita que a vítima fale várias vezes sobre a violência sofrida levando a vítima a revivê-la. Em segundo por proporcionar uma escuta sensível e empática, visando ao conhecimento da sua experiência (SILVA et al., 2013).

Assim, o depoimento especial proporciona um ambiente acolhedor, de respeito e segurança emocional, mas depende da habilidade do entrevistador, o qual deve ser claro, objetivo, capaz de construir um vínculo com a criança, respeitando as suas peculiaridades, suas necessidades e o tempo da criança para falar dessa experiência vivida (SILVA et al., 2013). Destaca-se que a condução do depoimento é de suma importância e deve priorizar perguntas abertas e não diretas, além de respeitar as pausas, o ritmo e o silêncio. O profissional evita: a repetição de depoimentos, a revitimização, a exposição a um contexto de audiência e perguntas invasivas, desnecessárias, vexatórias, repetitivas, constrangedoras ou que possam causar algum dano emocional, estigmatizar ou fazer a vítima reviver a situação de violência.

O DE é um procedimento baseado na técnica da entrevista cognitiva. Essa entrevista faz uso de um conjunto de técnicas para maximizar a quantidade e a qualidade de informações obtidas de uma testemunha. Ela compreende as seguintes etapas: estabelecimento de rapport e personalização da entrevista; explicação dos objetivos da entrevista; relato livre; questionamento; recuperação variada e extensiva; síntese e fechamento (PERGHER & STEIN, 2005). Ver Tabela 1.

Tabela 1 -Etapas da Entrevista Cognitiva

Etapas	Descrição
Fase 1: estabelecimento de rapport e personalização da entrevista	Essa fase se inicia o contato entre entrevistador e entrevistado. É necessário que a entrevista seja personalizada e que se estabeleça uma relação de empatia, segurança, respeito e proteção com a criança e o adolescente.
Fase 2: explicação dos objetivos da entrevista	O entrevistador deve familiarizar o entrevistado no que diz respeito aos objetivos da entrevista, esclarecendo dúvidas e clarificando o que é esperado de cada um dos papéis (entrevistado e entrevistador).
Fase 3: relato livre	Nessa fase ocorre a recuperação das memórias. Isso é feito pela recriação do contexto. Nela, o entrevistador solicita ao entrevistado que volte mentalmente ao ambiente em que ocorreu o evento em questão, recuperando o maior número (quantitativo e qualitativo) de detalhes possíveis. É importante que o entrevistador faça perguntas abertas e evite interromper o entrevistado. A memória e o relato poderão sofrer influência de como as perguntas são elaboradas pelo entrevistador.
Fase 4: questionamento	Informações trazidas no relato livre serão investigadas pormenorizadamente. A quarta etapa é um momento de aprofundamento, em que se busca preencher as lacunas.
Fase 5: recuperação variada e extensiva	Consiste em utilizar diferentes caminhos para recuperação da memória. Assim, o fato do indivíduo não ter conseguido recuperar uma informação num primeiro momento não significa que não possa consegui-lo em uma nova tentativa. O entrevistador pode sugerir que o entrevistado conte a história em uma ordem diferente, do fim para o começo, ou ainda sob a perspectiva de uma outra pessoa.
Fase 6: síntese	Consiste na síntese dos principais pontos abordados, utilizando as próprias palavras do entrevistado.
Fase 7: fechamento	No fechamento há o agradecimento pelo esforço cognitivo feito pelo entrevistado. O entrevistador pode se colocar à disposição para esclarecimentos. Também pode encaminhar o entrevistado para programas e órgãos da rede de proteção a fim de assegurar a superação das consequências da violência.

Fonte: Os autores, (2022)

Destarte, o Depoimento Especial possui como pontos positivos: oferecimento de um contato empático e acolhedor, a construção de um clima de confiança e respeito, a humanização do atendimento e a busca pela proteção da criança e do adolescente vítima ou testemunha da violência. Dessa forma, o DE contribui não só para a produção de uma prova mais fidedigna, mas também para a responsabilização do agressor e para a proteção das vítimas – buscando reduzir os efeitos da violência.

Contudo, cabe salientar que o Conselho Federal de Psicologia (CFP) faz algumas críticas com relação à participação do psicólogo como profissional responsável pelo DE. Primeiramente, o CFP critica que esse papel de inquirição não cabe ao psicólogo, uma vez que este seria um mero reproduzidor de perguntas, não havendo intervenção psicológica. Em segundo, por ser um profissional com habilidades para gerar acolhimento e vínculos, a vítima poderia tender a sentir mais confiança para relatar informações pessoais que não relataria para outro profissional, e questões referentes ao sigilo estariam aqui comprometidas. Quando

o psicólogo realiza uma avaliação psicológica, apenas as informações consideradas relevantes e relacionadas ao caso são utilizadas no laudo psicológico. Já no DE, como é um procedimento transmitido em tempo real e gravado integralmente em áudio e em vídeo, a criança e o adolescente estariam com sua intimidade mais exposta, e o sigilo profissional não poderia ser assegurado nesse procedimento.

É importante não confundir o papel profissional do depoimento especial com relação à escuta especializada, já que são intervenções diferentes, que ocorrem em momentos diferentes e com objetivos diferentes. Enquanto no DE o principal objetivo é a produção probatória para a responsabilização do agressor, na escuta especializada, o profissional está inserido na rede de proteção, logo, sua atuação estará mais voltada para a avaliação dos possíveis danos gerados pela violência, com a finalidade de desenvolver intervenções a fim de romper o ciclo de violência.

O acolhimento é fundamental, pois o psicólogo respeita o desenvolvimento e história de vida das vítimas e transmite uma postura de confiança e segurança. Salienta-se, contudo, que o psicólogo deve se atentar para a possibilidade de falsas denúncias e acusações de violência sexual, uma vez que essas acusações são encontradas em muitos casos envolvendo a disputa de guarda e a alienação parental (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2020).

No decorrer da avaliação também é necessário se atentar para a possibilidade de existir a continuidade da violência, portanto é fundamental investigar se há risco da violência acontecer novamente. Também é necessário avaliar se as crianças estão em segurança atualmente, se há um adulto de referência com condições de garantir a segurança física e emocional e se a família tem acesso à rede de proteção (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Já com relação ao plano de intervenção, a literatura aponta que muitas vezes o foco está somente em punir o agressor. Contudo, é necessário considerar que a intervenção deve incluir toda a família, além de se atentar para as peculiaridades e singularidades de cada caso de violência.

A intervenção punitiva primária refere-se a toda intervenção cujo foco esteja voltado para o autor da agressão com o objetivo exclusivo de puni-lo. Esse modelo compreende a violência como fenômeno monocausal, ou seja, a explicação se concentra apenas nas características individuais do agressor.

A intervenção primária protetora da criança tem como foco a criança/vítima, com claro objetivo de proteger seu desenvolvimento físico, emocional e moral.

A intervenção terapêutica primária considera a singularidade e o contexto em que está inserido; considera a família como espaço privilegiado de acolhimento e que a intervenção deve se dar com todos os seus membros (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009, p. 54; FURNISS, 1993).

Considerando a visão deste autor, para garantir que o atendimento seja efetivo, o psicólogo deve buscar oferecer um atendimento especializado, em rede, interdisciplinar, articulado e integrado, tendo como referência princípios elencados no Estatuto da Criança e do Adolescente, como por exemplo, crianças e adolescentes gozam de prioridade absoluta, são sujeitos de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento (Lei nº 8.069, 1990). Logo, é necessário considerar o envolvimento de diferentes profissionais e instituições, acionando toda a rede de atenção e proteção, não atuando de maneira isolada.

A Lei nº 13.431 de 2017 estabelece como direito das crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência ao ser atendido: receber prioridade absoluta; ter considerada a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento; receber tratamento digno e abrangente; ser protegido contra qualquer tipo de discriminação, receber informação adequada à sua etapa de desenvolvimento sobre seus direitos; ser ouvido (a), assim como permanecer em silêncio; receber assistência jurídica qualificada e psicossocial especializada; ser resguardado (a) e protegido (a) de sofrimento; ter segurança, com avaliação contínua sobre possibilidades de intimidação, ameaça e outras formas de violência; ser assistido (a) por profissional capacitado e conhecer os profissionais que participam dos procedimentos de escuta especializada e depoimento especial; ser reparado (a) quando seus direitos forem violados.

Mais especificamente, com relação às possibilidades de atuação do psicólogo jurídico na rede de proteção, podem ser destacados: o fortalecimento da autoestima, o fortalecimento e reconstrução de vínculos afetivos e comunitários, a superação e reparação da violência sofrida, a compreensão da dinâmica familiar, a elaboração de significados acerca da vivência e a construção de novas possibilidades de enfrentamento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009; 2020). Assim, é imprescindível mecanismos que contribuam para a prevenção da violência, para evitar a reincidência, para diminuir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção, para superar os direitos violados, para reparar os danos, para romper o ciclo da violência, além de fortalecer relações fragilizadas ou rompidas e para o desenvolvimento de uma rede de apoio psicossocial.

Dessa maneira, é imprescindível criar espaços de escuta, diálogo e trocas que favoreçam a participação e o protagonismo das vítimas de violência, a fim de que o sujeito seja o ator principal do seu processo de desenvolvimento. O trabalho com grupos e oficinas pode contribuir para o apoio, orientações, trocas e compartilhamento de informações, além de ampliar as possibilidades de expressão e a criação de oficinas temáticas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009; 2020).

Esses trabalhos possibilitam uma abertura de escuta e de fala sobre a violência, medos, angústias, conflitos, dúvidas. Grupos para familiares também podem ser desenvolvidos a fim de que a família desenvolva estratégias de enfrentamento das consequências da violência, além de oferecer um suporte emocional para as

vítimas. Não se trata, portanto, em tratar somente a criança ou o adolescente vítima de violência, mas toda a família. É recomendável que o plano de atendimento seja elaborado em conjunto, pois assim as responsabilidades são compartilhadas e a família é envolvida, comprometendo-se e participando das intervenções. Dessa maneira, o psicólogo atua por meio de uma perspectiva emancipatória, promotora de autonomia, gerando empoderamento do sujeito, ao mesmo tempo em que contribui para desenvolver uma consciência crítica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009; 2020).

CONCLUSÃO

A título de finalização deste trabalho, pode-se concluir que a atuação do psicólogo jurídico é de suma importância, uma vez que esse profissional pode contribuir, juntamente com os operadores do direito, para a efetivação dos direitos das crianças vítimas de violência intrafamiliar. Contudo, é necessária uma atuação conjunta e articulada para que esses direitos sejam de fato efetivados e seja garantida a proteção integral das vítimas e testemunhas de violência.

A proteção integral deve envolver toda a rede: Justiça, Ministério Público, Defensoria Pública e demais órgão e programas relacionados à educação, saúde, assistência social. O psicólogo jurídico inserido nesses dispositivos pode contribuir para um diagnóstico mais rápido e efetivo, além de intervir para o tratamento da saúde mental, a fim de romper o ciclo de violência e minimizar os danos decorrentes das violências perpetradas. Ressalta-se que a formação continuada e, preferencialmente interdisciplinar é fundamental para que esses objetivos sejam de fato atendidos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

_____. Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

CESCA, T. B. O papel do psicólogo jurídico na violência intrafamiliar: possíveis articulações. *Psicologia & Sociedade*, 16(3), p. 41-46, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação do psicólogo, 2009. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/servio-de-proteo-social-a-crianas-e-adolescentes-vtimas-de-violncia-abuso-e-explorao-sexual-e-suas-familias-referncias-para-a-atuao-do-psicologo/>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

_____. Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em situação de violência sexual. 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-na-rede-de-protecao-as-criancas-e-adolescentes-em-situacao-de-violencia-sexual/>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

FURNISS, T. O abuso sexual da criança. Artes Médicas, 1993.

GABEL, M. Crianças vítimas de abuso sexual. Summus, 1997.

GUERRA, V. N. A. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada (3.ed.). Cortez, 1998.

HABIGZANG, L.; KOLLER, S. H.; AZEVEDO, G. A.; MACHADO, P. X. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psic. Teor. e Pesq.*, 21(3), p. 341-348, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World report on violence and health. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/publications/en/>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

PERGHER, G. K.; STEIN, L. M. Entrevista cognitiva e terapia cognitivo-comportamental: do âmbito forense à clínica. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 1(2), p. 11-20, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. D. G. D. C.; BESERRA, M. A.; ROQUE, E. M. D. S. T.; CARLOS, D. M. A escuta de crianças e adolescentes nos processos de crimes sexuais. Ciência & Saúde Coletiva, 18, p. 2285-2294, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n8/2285-2294/>. Acesso em: 9 de mai. de 2022.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa [Editorial]. Acta paul. enferm., 20(2), 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

Sobre a(o)s organizadora(e)s

MONIQUE BERNARDES DE OLIVEIRA FERREIRA

Doutoranda e Mestra (2020) em Psicologia na linha de Processos Psicossociais em Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS (2019). Psicóloga pela UFJF (2017). Membro e pesquisadora do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS). Membro do corpo editorial da Revista Psicologia em Pesquisa. E-mail: moniqueberolifer@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7648-7570>.

LUCIANA XAVIER SENRA

Doutora (2016) e Mestra (2012) em Processos Psicossociais em Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora-PPG Psicologia UFJF. Especialista em Neurociências e Psicologia Aplicada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie-UPB (2021). Psicóloga pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, atualmente UniAcademia (2007). Professora do Curso de Mestrado e da Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Petrópolis-UCP/RJ. Possui experiência em Psicologia Clínica na abordagem da Terapia Cognitiva desde 2008. Coordenadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Cognição Social-NEICOS e pesquisadora colaboradora no Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social-NEVAS da Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF. E-mail: senra.lx@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5058-1574>.

LELIO MOURA LOURENÇO

Pós Doutor em Estudos da Criança pelo Instituto da Criança da Universidade do Minho - Braga, Portugal. Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1998). Possui Mestrado em Psicologia Social pela Universidade Gama Filho (1993). Atualmente é professor titular da Universidade Federal de Juiz de Fora. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2. Membro da APICSA - Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud. Coordenador/ (Líder) do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social -NEVAS. Membro da Comissão de política editorial da Revista Psicologia em Pesquisa UFJF. Membro da Sociedade

Brasileira de Psicologia SBP. Membro da Asociación Científica Internacional de Psicopedagogía - ASOCIP. Conselheiro PROEX /CONEXC - Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF. E-mail: leliomlourengo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3664-7335>.

Sobre a(o)s autora(e)s

ALINE DE OLIVEIRA SILVA

Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis e Psicóloga Clínica (CRP 05/69136). E-mail: aline.oliveirass97@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8362-8711>.

ANA JÚLIA SORES RECKER

Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis. Atualmente é Psicóloga clínica em consultório particular. E-mail: recker.anajulia@gmail.com.

CAMILLA GONÇALVES BRITO SANTOS

Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (PPGpsi - UFJF), na linha de pesquisa de Processos Psicossociais em Saúde. Mestre em Psicologia pelo PPGpsi - UFJF. Graduada em Psicologia pela UFJF. Atualmente, é membro do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA) e atua como psicóloga do Programa Álcool e Saúde. E-mail: millagoncalvesbs@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8220-7264>.

CARLA FERREIRA DE PAULA GEBARA

Doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestre em Psicologia e Psicóloga pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Professora do Centro Universitário Academia (UniAcademia) de Juiz de Fora e da Universidade Católica de Petrópolis (UCP), atuando em cursos de graduação e pós-graduação. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Cognição Social e Saúde (NUPECS/UCP) e do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS/UFJF). E-mail: carlagebara@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2725-4687>.

CATULA MAIA PEREIRA

Mestra em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis, Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental para crianças e adolescentes pelo INTCC- Rio, Especialização em Família pela Universidade Veiga de Almeida-RJ, Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental no CEPAF-RJ e Graduação em Psicologia pela Faculdade Ruy Barbosa-BA. Trabalhou como psicóloga pelas Ongs Fundação AVSI e CDM, atuando em equipe interdisciplinar e atendendo crianças em tratamento de desnutrição e seus familiares; na Obra Social Dona Meca (OSDM) como coordenadora do setor de psicologia e psicóloga atendendo crianças deficientes em processo de reabilitação e suas famílias nos setores de Psicologia e Psicomotricidade e no Instituto Priorit como Psicóloga e Coordenadora do setor de Psicologia. Atualmente atua em Clínica Particular. É fundadora e psicóloga do Espaço Prisma de Terapias, e é Professora do CBI of Miami. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde, desenvolvimento infantil, autismo, deficiências, reabilitação, família, humanização e cuidado. E-mail: catulamaia@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6296-7423>.

DIANA RAMOS DE OLIVEIRA

Doutora em Psicologia Social pela Universidade do País Vasco, Espanha, Pós-Doutorado na Universidade de Harvard, U.S.A. e Pós-Doutorado pela Universidade Blaise Pascal, França, Mestra em Estudos Avançados em Psicologia Social: Relações Grupais pela Universidade do País Vasco, Espanha. Graduada em Pedagogia pela Universidade Católica do Salvador. Professora Adjunta no Programa de Pós-graduação em Psicologia na Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Líder do grupo de pesquisa PROPSICS-Processos Psicossociais & Cognição Social (CNPq/UCP). E-mail: ramosdeoliveira.diana@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7604-4825>.

ELIANE CRISTINE BEZERRA DE LIMA

Doutoranda em psicologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Petrópolis (2018). Possui graduação em Sociologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2015) e Psicologia pela Sociedade Educacional Fluminense (1999). Atualmente é Psicóloga Militar - Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (2002); Chefe da Seção de Psicologia em Desastres, atuando na área de Emergências e Desastres, abordagem à suicida e Saúde Mental (Prevenção, urgência e emergência). E-mail: teneliane@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0074-1023>.

FABIANE ROSSI DOS SANTOS GRINCENKOV

Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia - UFJF. Coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Investigação em Psicossomática, Saúde e Organizações (NUIPSO) da UFJF. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais em Políticas Públicas e Saúde (PPS) da UFJF. Possui graduação em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES-JF). Mestre e Doutora em Saúde pela UFJF. E-mail: fabiane.rossi@ufjf.edu.br. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0948-2635>.

FERNANDA BICALHO SARAIVA

Graduanda em Psicologia na Universidade Federal de Juiz de Fora. Com experiência na área organizacional, comunitária e pesquisa, já participou da Apsi Empresa Júnior de Psicologia, da Liga Acadêmica de Saúde Comunitária (LASC), e do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS). Atualmente, é estagiária de Atração e Seleção na Rheserva Consultoria. E-mail: fbsaraiva.fer@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2148-680X>.

IAN PERATELLI DE OLIVEIRA

Graduando em Psicologia na Universidade Federal de Juiz de Fora. Voluntário do Programa Álcool e Saúde. E-mail: oliveira.ian99@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1123-0402>.

IRACEMA ABRANCHES

Doutoranda em Processos Psicossociais e Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Mestre em Comunicação e Cultura (UFRJ), com formação em Dinâmica de Grupo (Sobrap - Instituto de Psicanálise, Psicodrama e Dinâmica de Grupo) e graduação em Psicologia (Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora). Pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre Violência e Ansiedade Social (NEVAS/UFJF) e membro da comissão do GT/POT do Conselho Regional de Psicologia (CRP/JF). Atua principalmente nas áreas da Psicologia Social, Psicologia da Saúde, Psicologia Organizacional e do Trabalho, Psicologia Social do Trabalho, com a saúde do trabalhador em relação à violência. Tem experiência na Direção geral e Coordenação Pedagógica em Instituições de Ensino Superior e Docência do ensino superior (rede pública e particular), além da docência na pós-graduação. Desenvolve pesquisa na área da

violência no trabalho e ansiedade social. E-mail: iracemaabbranches@gmail.com.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9881-2407>.

ISABELLA DE PAULA ALVES BENEDICTO

Graduanda em Psicologia na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Atualmente, faz parte do Projeto Talento Plural na UFJF sobre dotação e talento, e do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS) da UFJF, no qual participa do projeto de pesquisa "Ageísmo e sua Influência na Relação com o Trabalhador e com a Saúde do Trabalhador". Já participou da Liga Acadêmica de Saúde Comunitária UFJF e da equipe do Instagram do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS). E-mail: benedictoisabella@gmail.com.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7026-551X>.

JOÃO VICTOR SEMIÃO LIMA

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Concluiu o ensino médio pelo Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais em 2018. Atualmente está vinculado a Empresa Júnior de Psicologia da UFJF, ao projeto para atendimento psicanalítico para pessoas trans - Falatrans, e ao Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social - NEVAS/ UFJF, por meio da pesquisa sobre ageísmo conduzida como parte do doutoramento de Iracema Abranches. E-mail: victorsemiao10@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5335-6479>.

LAISA MARCORELA ANDREOLI SARTES

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Coordenadora do grupo de pesquisa Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas do PPG-PSI da UFJF. Atua na área de Terapias Cognitivas e Álcool e Outras Drogas, com ênfase em intervenções online, estudos clínicos e psicometria. Acesso para o CV completo: <http://lattes.cnpq.br/6143686606122269>. E-mail: laisa.sartes@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1335-4305>.

LARISSA SCORALICH ALVES

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). É integrante do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social, onde faz parte de um projeto de pesquisa que estuda o ageísmo e sua influência na relação com o trabalhador e sua saúde, além de estudar a efetividade da terapia cognitivo

comportamental de grupo em pacientes com fobia social. É presidente, bolsista e tradutora Português - Inglês da Liga Acadêmica de Neurociências da UFJF e membro do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Neuropsicologia e Gerontologia. E-mail: larissa.scoralich@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6250-607X>.

LUCAS NEVES SANTOS

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). É bolsista de extensão do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social - NEVAS (UFJF) na área de ansiedade social. Foi voluntário de iniciação científica no Grupo de Pesquisa em Cognição e Linguagem - CogLin (UFJF) na área de precisão de leitura. É diretor de Gestão de Pessoas da Liga Acadêmica de Neurociências - LANC (UFJF). E-mail: lucasns0101@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6735-2164>.

LUIZA SENNA GUINGO

Graduanda em Psicologia na Universidade Católica de Petrópolis-UCP. Voluntária de Iniciação Científica do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Cognição Social-NEICOS da UCP. Estagiária da Escola Municipal Professora Jandira Peixoto Bordignon. E-mail: luiza.senna.guingo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1310-7494>.

MARIA CLARA PECCIN AMARAL

Psicóloga pela Universidade Católica de Petrópolis-UCP, pesquisadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Cognição Social. E-mail: mcpa.peccin@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6010-6075>.

NATHÁLYA SOARES RIBEIRO

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Docente na Faculdade Sudamérica. Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, na linha de pesquisa de Processos Psicossociais em Saúde. Mestra em Psicologia pela UFJF. Pós-graduada em Neuropsicologia pelo Centro de Diagnóstico Neuropsicológico de São Paulo (CDN/SP). Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (NEISME). Membro do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA). Atua como psicóloga do Programa Álcool e Saúde. E-mail: nsribeiroufjf@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1109-4543>.

RAFAELA LARSEN RIBEIRO

Bacharelado e Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Paraná (1996), Especialização em Farmacologia pela Universidade Federal do Paraná (1997), Mestrado em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999) e Doutorado em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo (2003). Atualmente é coorientadora do programa de pós-graduação do departamento de Psicobiologia da UNIFESP - EPM e Coordenadora do Centro de Diagnóstico Neuropsicológico - CDN. Tem experiência na área de Farmacologia, com ênfase em Neuropsicofarmacologia, na área de Processos Psicológicos Básicos, com ênfase em estudos de Memória Emocional e na área de Cognição, com ênfase em Neuropsicologia. Sua linha de pesquisa engloba principalmente os seguintes temas: Memória, Cognição, Neuropsicologia, Psicofarmacologia, IAPS, Emoção e Valência Afetiva. E-mail: profarafaela@cdnsaopaulo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5351-4641>.

RICARDO BARBOSA LEITE SÉRGIO FERREIRA

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). É integrante do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social, no qual participa como voluntário do projeto de pesquisa "Ageísmo e sua Influência na Relação com o Trabalho e com a Saúde do Trabalhador" e também, integrante da Liga Acadêmica de Neurociências da Universidade Federal de Juiz de Fora (LANC). Interessado em Neuropsicologia, Neurociências, Psicologia do Envelhecimento e Psicologia do Esporte. E-mail: ricardo.blsferreira@gmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4265-841X>.

SAMUEL COTRIM FIGUEIRA OSORIO CAMPOS

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Ligante da Liga Acadêmica de Neurociências da UFJF (LANC). Membro do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social da UFJF (NEVAS), onde participa de um projeto de pesquisa sobre o ageísmo e sua influência sobre o trabalhador. Divulgador Científico na página do Instagram do NEVAS. Interessado em pesquisa e produção científica nas áreas de Neurociências Cognitivas, Psicologia do Envelhecimento e Psicologia Social. E-mail: samuelcotrim2000@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3726-3643>.

SARA RIBEIRO CARVALHO

Psicóloga graduada pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES/JF). Mestranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), na linha de pesquisa Processos Psicossociais em Saúde. Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (HU/UFJF). Atua como psicóloga do Programa Álcool e Saúde. E-mail: sararibeiropsic@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3452-8562>.

TAYS APARECIDA DA SILVA

Psicóloga pela Universidade Presidente Antônio Carlos (2016). Especialista em Saúde Mental com ênfase em Álcool e Outras Drogas pela Faculdade Governador Ozanam Coelho (2019). Mestranda, em psicologia, na linha de Processos Psicossociais em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Membro do Núcleo de Pesquisa sobre Sujeitos, Política e Direitos Humanos (NUPSID) da Universidade Federal de Juiz de Fora. Servidora pública na Prefeitura Municipal de Barbacena/MG, lotada no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas, desde 2017. E-mail: tays.moura@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7441-3025>.

VANESSA BARBOSA ALMADA VARGAS

Graduada em Fisioterapia; Pós-graduação em Saúde Pública, em Vigilância Sanitária (VISA) e em Fisioterapia Aplicada a Traumatologia e Ortopedia; Mestrado Psicologia na área de concentração em Cognição Social pela Universidade Católica de Petrópolis-UCP. Possui atuação no serviço público, desde o ano de 2004, ocupando o cargo de Assessoria na Vigilância Sanitária e no ano de 2008, através de concurso público, tomou posse no cargo efetivo de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde - EPGS, exercendo a função de Autoridade Sanitária, executando as ações no setor de Vigilância em Saúde, especificamente no Núcleo de Vigilância Sanitária, na Gerência Regional de Saúde (GRS) Leopoldina, com as seguintes atribuições: inspeções sanitárias nos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário, a saber: estabelecimentos de saúde, de interesse à saúde, área de alimentos, medicamentos e congêneres; participação no Promavs (Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde - Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador), supervisionando o processo de descentralização das ações de vigilância em saúde nos quinze municípios sob a jurisdição da GRS Leopoldina. Na prática das ações de VISA, são identificados, avaliados e gerenciados o risco, onde são implementadas estratégias de ação para tomada de decisão, possibilitando a minimização e prevenção dos danos. Tem experiência no programa

Saúde do Trabalhador, estando como Referência Técnica no período de 2010 à 2014, participando efetivamente de sua implantação na GRS Leopoldina, bem como nos municípios sob sua jurisdição. E-mail: vanessaleop@yahoo.com.br. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3249-4159>.

VANESSA SENNA GUINGO

Graduada em Direito (2000) e em Psicologia (2009) pela Universidade Católica de Petrópolis. Pós-graduada lato sensu em Psicologia Jurídica pela Universidade Cândido Mendes (2002), Especialista em Psicologia Clínica com ênfase em perspectivas breves pela Faculdade Arthur Sá Earp Neto - UNIFASE (2012); Especialista em Gestão Escolar pela Faculdade São Luís (2018); Mestranda em Psicologia na Universidade Católica de Petrópolis, na área de concentração de Cognição Social e na linha de pesquisa em Processos cognitivos, Interação social e Problemas sociais. Professora da Rede Municipal de Ensino de Petrópolis desde 2002, e há nove anos vem atuando como Psicóloga Escolar na Assessoria em Psicologia Escolar. Tem experiência na área Clínica, com abordagem cognitivo-comportamental principalmente com crianças e adolescentes. E-mail: vanessa.senna.guingo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5570-2048>.

VIVIAN DANIELE DE LIMA

Doutoranda e mestre (2020) em Psicologia, na linha de Processos Psicossociais em Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF. Formada em Psicologia em 2017 também pela UFJF. Especialista em Terapias Cognitivas pela Faculdade Governador Ozanam Coelho (Fagoc, 2020) e especialista em Psicologia Jurídica pela Faculdade de Ipatinga (2020). Atualmente é pesquisadora e membro do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (Nevas). E-mail: vivianlimah@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6051-3308>.