

PSICOLOGIA SOCIAL DA SAÚDE

um enfoque
na saúde mental
e na dependência química

Silvana Carneiro Maciel

Thaís de Sousa Bezerra de Menezes

Linniker Matheus Soares de Moura

[Organizadores]

EJ Editora
UFPB

PSICOLOGIA SOCIAL DA SAÚDE:
UM ENFOQUE NA SAÚDE MENTAL
E NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Reitora

MARGARETH DE FÁTIMA FORMIGA MELO DINIZ

Vice-reitora

BERNARDINA MARIA JUVENAL FREIRE DE OLIVEIRA



EDITORA UFPB

Diretor

REINALDO FARIAS PAIVA DE LUCENA

Chefe de produção

JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS FILHO

Conselho editorial

Adailson Pereira de Souza (Ciências Agrárias)
Eliana Vasconcelos da Silva Esval (Linguística, Letras e Artes)
Fabiana Sena da Silva (Interdisciplinar)
Gisele Rocha Côrtes (Ciências Sociais Aplicadas)
Ilda Antonieta Salata Toscano (Ciências Exatas e da Terra)
Luana Rodrigues de Almeida (Ciências da Saúde)
Maria de Lourdes Barreto Gomes (Engenharias)
Maria Patrícia Lopes Goldfarb (Ciências Humanas)
Maria Regina Vasconcelos Barbosa (Ciências Biológicas)

Conselho científico

Maria Aurora Cuevas-Cerveró (Universidad Complutense Madrid/ES)
José Miguel de Abreu (UC/PT)
Joan Manuel Rodriguez Diaz (Universidade Técnica de Manabí/EC)
José Manuel Peixoto Caldas (USP/SP)
Letícia Palazzi Perez (Unesp/Marília/SP)
Anete Roese (PUC Minas/MG)
Rosângela Rodrigues Borges (UNIFAL/MG)
Silvana Aparecida Borsetti Gregorio Vidotti (Unesp/Marília/SP)
Leilah Santiago Bufrem (UFPR/PR)
Marta Maria Leone Lima (UNEB/BA)
Lia Machado Fiuza Fialho (UECE/CE)
Valdonilson Barbosa dos Santos (UFCG/PB)

Editora filiada à:



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Silvana Carneiro Maciel
Thaís de Sousa Bezerra de Menezes
Linniker Matheus Soares de Moura
(Organizadores)

PSICOLOGIA SOCIAL DA SAÚDE:
UM ENFOQUE NA SAÚDE MENTAL
E NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

EDITORA UFPB

João Pessoa

2020

Direitos autorais 2020 – Editora UFPB

Todos os direitos reservados à Editora UFPB

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do autor.

Projeto Gráfico

Editora UFPB

**Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

P974 Psicologia social da saúde: um enfoque na saúde mental e na dependência química [recurso eletrônico] / Silvana Carneiro Maciel, Thaís de Sousa Bezerra de Menezes, Linniker Matheus Soares de Moura (organizadores). - João Pessoa : Editora UFPB, 2020.

Modo de acesso: <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press/>
ISBN 978-65-5942-073-5

1. Psicologia social. 2. Dependência química. 3. Saúde mental.
I. Maciel, Silvana Carneiro. II. Menezes, Thaís de Sousa Bezerra de.
III. Moura, Linniker Matheus Soares de. IV. Título.

UFPB/BC

CDU 316.6

Livro aprovado para publicação através do Edital Nº 01/2020/Editora Universitária/UFPB - Programa de Publicação de E-books.

EDITORA UFPB

Cidade Universitária, Campus I, Prédio da editora Universitária,
s/n João Pessoa – PB .• CEP 58.051-970

<http://www.editora.ufpb.br>

E-mail: editora@ufpb.br

Fone: (83) 3216-7147

AGRADECIMENTOS

A DEUS pelo cuidado e amor;

À Universidade Federal da Paraíba (UFPB) por todo apoio e zelo com a academia e por manter acesa a relação ensino-pesquisa-extensão;

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PRPG) pelo incentivo para melhoria dos cursos de pós-graduação e de seu corpo docente e discente;

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (PPGPS) e ao Departamento de Psicologia da UFPB, pela acolhida e por todo cuidado na transmissão de conhecimentos científicos e éticos;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio essencial para a realização das pesquisas visando sempre a melhoria da ciência;

Aos membros e parceiros do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (GPSMDQ) por todo o trabalho responsável e conjunto;

A todos os participantes das pesquisas que contribuíram para que esta obra fosse realizada.

À Professora Silvana Maciel pela oportunidade de publicarmos essa obra em conjunto, pelo apoio e orientação

dados em nossas jornadas acadêmicas e esperamos que esses anos sejam apenas o início de uma parceria para a vida (Thaís Menezes & Linniker Moura).

PREFÁCIO

Maria Aparecida Penso

Escrever o prefácio deste livro, organizado por Silvana Carneiro Maciel, Thaís de Sousa Bezerra de Menezes & Linniker Matheus Soares de Moura é uma grande honra e responsabilidade. Trata-se de uma coletânea de capítulos resultantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (GPSMDQ) vinculado a graduação e a pós-graduação em Psicologia Social da UFPB e fruto de parcerias relacionadas ao V Congresso Brasileiro de Saúde Mental e Dependência Química ambos presididos pela professora Silvana Carneiro Maciel, que juntamente com seu grupo de pesquisa, realizam este evento bienalmente há 10 anos. Ao tempo em que escrevo, lendo algumas partes do livro, me vem à memória lembranças do evento. Momento de compartilhamento de experiências e emoções, nas palestras e mesas redondas, no café da Praça da Alegria e nos encontros de almoço e final de tarde. Quantas aprendizagens! Quantas lembranças! Um grande evento que uniu afetos e intelectos na busca de compreensão de aspectos da saúde mental e da dependência química.

O conjunto dos textos reflete a diversidade das pesquisas do grupo e do evento que reúne pesquisadores, estudantes e profissionais da saúde, educação, assistência social e justiça com diferentes perspectivas sobre o tema. Numa postura democrática e de incompletude do conhecimento, o livro apresenta posições teóricas e metodológicas diversas, mas todas tendo em comum a alta qualidade da escrita, o embasamento teórico consistente e a seriedade com que tratam os diversos aspectos que compõem os estudos sobre saúde mental e dependência química. O leitor encontrará textos que abordam temas como: transtornos mentais e preconceito, drogas, conjugalidade e parentalidade permeadas pelo uso de drogas, adolescentes em conflito com a lei, a rede e a política de saúde mental, ansiedade, depressão, abrigamento de crianças, representação social, mulheres mastectomizadas. Todos bem fundamentados e escritos em linguagem de fácil acesso.

Passeando pelos diferentes textos que compõem a obra, tive a convicção de que estudar e debater sobre saúde mental e dependência química pressupõe assumir a postura de “não saber” e de abertura para o novo. Estas temáticas não podem ser compreendidas por um único viés teórico ou metodológico. Fenômenos complexos exigem uma diversidade de olhares. E é isto que o livro apresenta conceitos, relatos de pesquisas e

experiências bem sucedidas cuidadosamente escritas a partir de diferentes perspectivas.

Todos que tiverem oportunidade de ler o livro perceberão a seriedade dos autores retratada nos textos. Uma obra que, sem dúvida, será referência para estudantes, professores, pesquisadores e profissionais que atuam na área. Desejo a todos uma boa leitura.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
--------------------------	-----------

PARTE I

PSICOLOGIA SOCIAL DA SAÚDE: UM ENFOQUE NA SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 1 - CRENÇAS CAUSAIS SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E PRECONCEITO: UMA ANÁLISE SOBRE OS PARADIGMAS DA SAÚDE ..	16
--	-----------

*Isabelle Gomes Oliveira, Patrícia Fonseca de Sousa,
Silvana Carneiro Maciel & Linniker Matheus Soares de Moura*

CAPÍTULO 2 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, ESTEREÓTIPOS E PRECONCEITO: UMA ANÁLISE PSICOSSOCIAL SOBRE O AUTISMO	45
---	-----------

*Camila Cristina Vasconcelos Dias, João Victor Cabral da Silva,
Thaís de Sousa Bezerra de Menezes & Silvana Carneiro Maciel*

CAPÍTULO 3 - USO DO DESENHO DE FAMÍLIA COM ESTÓRIAS PARA ACESSAR AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CRIANÇAS ABRIGADAS...	90
--	-----------

*Silvana Carneiro Maciel, Rayanni Carlos da Silva
& Linniker Matheus Soares de Moura*

CAPÍTULO 4 - REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS SOBRE O CORPO E O FEMININO	134
--	------------

*Vitória Maria Medeiros Guerra, Tamiris Molina Ramalho Hirschle
& Silvana Carneiro Maciel*

CAPÍTULO 5 - ENTRE O RISCO SOCIAL E O RISCO NA PELE EM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI: DESAMPARO E APELO À PROTEÇÃO	171
--	------------

*Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros, Edilene Freire de Queiroz
& Silvana Carneiro Maciel*

**CAPÍTULO 6 - A CONSTRUÇÃO DO TRABALHO EM REDE
E O DESMONTE DA RAPS: AVANÇOS E RETROCESSOS NA POLÍTICA
DE SAÚDE MENTAL.....196**

Betânia Maria Oliveira de Amorim & Laíne Louise Carvalho de Almeida

**CAPÍTULO 7 - ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES SOBRE A QUESTÃO DA
MELANCOLIA À LUZ DA PSICANÁLISE.....229**

*Moisés Sousa de Araújo, Anderson Barbosa de Araújo
& Cleide Pereira Monteiro*

**PARTE II
PSICOLOGIA SOCIAL DA SAÚDE:
UM ENFOQUE NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**CAPÍTULO 8 - CRACK E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS POR MEIO
DO DESENHO-ESTÓRIA.....260**

*Juliana Rízia Félix de Melo, Silvana Carneiro Maciel,
Viviane Lima Marcelino & Alexandre Coutinho de Mello*

**CAPÍTULO 9 - A CONJUGALIDADE E A PARENTALIDADE AMEAÇADA
PELO USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS290**

Maria Aparecida Penso & Angélica de Lucas Galvão

**CAPÍTULO 10 - DEPENDENTES QUÍMICOS:
VALIDADE FATORIAL DA ESCALA HAD E RASTREAMENTO DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....316**

*Silvana Carneiro Maciel, Laís Claudino Moreira Ribeiro,
Patrícia Fonseca de Sousa, Camila Cristina Vasconcelos Dias,
Carla Alves Gomes & Tiago Jessé Souza de Lima*

SOBRE OS AUTORES346

APRESENTAÇÃO

Esta obra é fruto de um esforço conjunto de diversos pesquisadores vinculados ao Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (GPSMDQ- UFPB) e parceiros de outras instituições, no intuito de apresentar à academia e à sociedade seus achados de pesquisa, suas discussões teóricas e algumas propostas de reflexões sobre os campos da saúde mental e da dependência química, à luz da Psicologia Social da Saúde.

A Psicologia Social da Saúde já é um campo de pesquisa consolidado que fornece um aporte teórico-prático para a atuação de profissionais de diversas áreas, como as ciências humanas, as ciências sociais e as ciências da saúde. Há certo consenso de que os estudos da área focam em diferentes objetos sociais (como experiências, comportamentos, relações humanas, sistemas de crenças, preconceito e uso de substâncias) em busca de significados, conteúdos latentes, compreensão de suas dinâmicas, descrições e reflexões sobre a realidade e como isso tem impacto nos processos de saúde-doença e na vida em sociedade, reconhecendo a complexidade que as vivências do ser humano carregam.

Por ser um campo de pesquisa amplo e diversificado, várias linhas teóricas contribuem para as discussões e para as formulações práticas de seus saberes, recebendo influências, por

exemplo, da Psicologia Social, da Psicologia Clínica, da Psicanálise, da Sociologia e da Filosofia. Todas as contribuições convergem para o entendimento de que o social tem um complexo processo de gênese e desenvolvimento, uma base psicossocial, um caráter simbólico, histórico e construtivo.

Os temas reunidos neste livro estão inter-relacionados à área da Psicologia Social, compreendendo que a sociedade ultrapassa uma coleção de indivíduos, e que nossas interações com outros seres humanos e com a realidade são construídas e constroem discursos, relações, grupos, práticas, saberes e saúde. Os textos aqui colocados fazem aproximações teórico-metodológicas, e tecem reflexões múltiplas sobre diversos objetos sociais e sobre os processos psicossociais que estão implicados em sua gênese e em seu desenvolvimento.

Como parte de uma área plural esta obra é repleta de multiplicidades e cada capítulo, sob-responsabilidade total (ético-legal e científica) dos autores, apresenta diferentes perspectivas e olhares dentro da Psicologia Social da Saúde, alinhados ao reconhecimento de que variáveis psicossociais têm um papel tão importante nos processos de saúde-doença e nas relações humanas que jamais devem ser ignoradas, diminuídas ou vistas sob um único olhar. Sendo assim, neste livro, os autores encontram espaço para apresentar suas subjetividades, suas

reflexões e suas contribuições científicas à área da Psicologia Social da Saúde.

Para melhor organização este livro foi dividido em duas partes onde os capítulos foram alocados de acordo com seu enfoque e aproximação temática. A **Parte I**, “Psicologia Social da saúde: um enfoque sobre a saúde mental” e a **Parte II**, “Psicologia Social da saúde: um enfoque sobre a dependência química”.

Acreditamos que a ciência se desenvolve por vias de construções colaborativas, compartilhamento de saberes e pela defesa do pensamento crítico-científico. Em tempos onde a cientificidade e as pesquisas em ciências sociais sofrem ataques sistemáticos, espera-se que esta obra seja não só uma coletânea de textos acadêmicos, mas uma defesa à liberdade de se fazer ciência e de seu reconhecimento.

É com muita alegria que fazemos ciência e lhes convidamos a nos acompanhar nessa jornada. Convidamos vocês a lerem este livro nos seus pormenores com uma visão crítica e reflexiva, e esperamos que a leitura seja agradável e produtiva, provocando novos questionamentos, sentidos, estudos, reflexões, saberes, e, esperançosamente, mudanças sociais.

Atenciosamente,

*Silvana Carneiro Maciel, Thaís de Sousa Bezerra de Menezes
& Linniker Matheus Soares de Moura*

PARTE I

PSICOLOGIA SOCIAL DA SAÚDE: UM ENFOQUE NA SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 1

CRENÇAS CAUSAIS SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E PRECONCEITO: UMA ANÁLISE SOBRE OS PARADIGMAS DA SAÚDE ¹

Isabelle Gomes Oliveira

Patrícia Fonseca de Sousa

Silvana Carneiro Maciel

Linniker Matheus Soares de Moura

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, pode-se observar que a visão acerca dos transtornos mentais tem sofrido a influência do momento histórico (PESSOTTI, 1994). A compreensão sobre a loucura já percorreu diversos campos de saberes como a mitologia, a filosofia e a religião antes mesmo de ser adotada como objeto de estudo pela ciência (SERAFIM *et al.*, 2017). Na Idade Antiga, por exemplo, as manifestações da loucura eram tidas como revelações dadas pelos deuses e atribuídas a forças naturais, (FOUCAULT, 1988). Na Idade Média, com expansão do poder ideológico e

¹ Esta pesquisa foi financiada pela chamada universal MCTI/CNPq nº 01/2016 projeto intitulado Adesão a Reforma Psiquiátrica: Análise das Crenças Causais, Exclusão Social e Preconceito Frente ao Doente Mental; e vinculada ao PIBIC intitulado Adesão a Reforma Psiquiátrica e a Exclusão Social dos portadores de transtornos mentais.

político da Igreja Católica, a loucura passou a ser associada às possessões demoníacas e os loucos começaram a passar por maus tratos a fim de serem “libertos” da opressão maligna. Já durante a Idade Moderna, os loucos foram associados à incapacidade no processo produtivo, devido à ascensão do capitalismo; onde esses indivíduos passaram a serem vistos como preguiçosos, improdutivos e foram afastados das relações sociais (MACIEL; MELO, 2014); assim eles foram reclusos conjuntamente com outros deserdados e criminosos nos abrigos e hospitais, que, segundo Foucault (2012) tinham a função de “limpar as cidades”.

Com o advento do Iluminismo no século XVIII e ênfase na razão como faculdade humana mais importante, o poder da Igreja foi enfraquecido. Ao final desse período e início do século XIX, num contexto de valorização do conhecimento científico, a Medicina Psiquiátrica consolidou-se e a loucura passou a ser vista como objeto dessa ciência, marcando a atribuição do diagnóstico de doente mental àqueles considerados loucos e o desenvolvimento de conhecimentos para sua cura. Entendida como essencial, a reclusão dos loucos, chamados alienados, passou a ser considerado como um caráter terapêutico. Neste período o hospital passa a ser visto como um lugar para o tratamento; a figura dos psiquiatras como vistos como tutores das pessoas consideradas insanas, surgindo assim a representação social da

pessoa com transtorno mental como alguém infantilizado, que precisa ser tutelado e protegido, pelo hospital e pela equipe médica (MACIEL; MELO, 2014; SERAFIM *et al.*, 2017; DIAS *et al.*, 2018).

Em pleno curso do século XX, a internação era vista como a única e necessária resposta às dúvidas e mistérios carregados em torno da loucura (MELO, 2017), os cuidados eram pautados nas ideias defendidas pelo paradigma biomédico. Nesse paradigma, o hospital psiquiátrico é visto como o principal local de tratamento, e mesmo que existam os recursos multiprofissionais, a fragmentação de tarefas não é ultrapassada e o saber médico é supervalorizado, com ênfase nas doenças e na terapêutica medicamentosa. Não há participação ativa dos familiares, nem respeito à autonomia dos usuários no processo de cuidado (BARROS *et al.*, 2018; SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018).

As práticas abusivas adotadas para o cuidado em saúde mental, pautadas no paradigma biomédico, àquela época provocaram questionamentos quanto a sua eficácia e respeito aos direitos humanos. Tais questionamentos aconteceram no contexto pós Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945), no qual havia uma maior preocupação com os Direitos Humanos, um maior respeito diante das diferenças e grupos minoritários e suas condições de vida (MELO, 2017; SOUSA *et al.*, 2018). Nesse cenário de

insatisfação, movimentos de Reforma Psiquiátrica (RP) surgiram em todo o mundo, com início no final do século XX na Europa e nos Estados Unidos, visando romper com a hegemonia do modelo asilar, trazer à tona diversas transformações no contexto da assistência à saúde mental e modificar o cenário de segregação e exclusão dos portadores de transtornos mentais (MELO, 2017; SOUSA *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018).

No Brasil, a RP ganhou força na década de 1970 em função de diversas denúncias de violações aos direitos humanos nas instituições manicomiais (SOUSA *et al.*, 2018). Alternativas como a diminuição gradual da internação manicomial e a substituição por uma rede de serviços de atenção psicossocial foram propostas, objetivando a integração da pessoa com transtorno mental na sociedade e humanização da assistência (MACIEL, 2007; MACIEL *et al.*, 2011; SERAFIM *et al.*, 2017). Atualmente, as ações em saúde mental são orientadas pela Reforma Psiquiátrica (RP), que foi alavancada pela Lei 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado) e está pautada no paradigma psicossocial, (SOUSA, 2014; SOUSA *et al.*, 2016; SERAFIM *et al.*, 2017); o qual se caracteriza pelo uso de diversos recursos terapêuticos, enfatizando a reinserção social do indivíduo e o uso de dispositivos extra-hospitalares. O paradigma psicossocial defende o trabalho em equipe interdisciplinar, reconhecido pela assistência

humanizada, inserção da família, comunidade e usuários como coparticipantes na reabilitação e na reintegração social (ACIOLI NETO; AMARANTE, 2013; BARROS *et al.*, 2018). Nesse paradigma outros aspectos do adoecimento mental passam a ser contemplados e os fatores considerados para o desencadeamento de um transtorno mental são *biopsicossocioculturais* (MACIEL *et al.*, 2015; SERAFIM *et al.*, 2017); tal perspectiva, defende uma visão holística do sujeito e também evidencia a necessidade de resgate numa dimensão subjetiva (DANTAS, 2014).

Apesar das transformações que vêm acontecendo no campo da saúde mental na legislação, nos dispositivos de cuidados e no contexto cultural, estudos apontam que as pessoas com transtorno mental ainda são alvo de preconceito, onde essa atitude negativa está baseada nas crenças distorcidas acerca da etiologia dos transtornos mentais e pode culminar na exclusão social desse grupo minoritário (SOUSA, 2014; MACIEL *et al.*, 2015; VIEIRA *et al.*, 2018; DIAS *et al.*, 2018; MACIEL *et al.*, 2019).

Entende-se por preconceito uma atitude hostil dirigida a uma pessoa que pertence a um grupo simplesmente por pertencer a ele (ALLPORT, 1954), é um pré-julgamento negativo aos membros de um determinado grupo social (LIMA, 2013; PEREIRA *et al.*, 2013). Esse fenômeno se constrói de diversas formas: se baseia em percepções, informações enviesadas, histórias de vida e

crenças. Para Maciel *et al.* (2015), as crenças sobre a etiologia dos transtornos mentais são preditoras significativas do preconceito frente a essa categorial social. Estudos empíricos confirmam tal afirmação e demonstram que o preconceito frente à pessoa com transtornos mentais é influenciado pelas crenças que a sociedade tem sobre como os transtornos mentais se originam (CORRIGAN *et al.*, 2003; MARSH; SHANKS, 2014; MACIEL *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2016; MELO, 2017; MACIEL *et al.*, 2019).

As crenças são originadas a partir da experiência pessoal tanto interna (cognição) quanto externa (percepção), elas dão permissão ao sujeito para interpretar a realidade que vivencia, ao mesmo tempo em que orientam sua conduta com a finalidade de ajustamento social (KRÜGER, 2013). Analisar as crenças da sociedade acerca da pessoa com transtorno mental é fundamental para o entendimento do processo de inclusão social desse grupo, visto que elas funcionam como princípios organizadores e norteadores os quais influenciam na expressão do preconceito (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002). Em outras palavras, pode-se afirmar que as crenças exercem uma importante influência na estigmatização e no preconceito frente às pessoas com transtorno mental (PESCOSOLIDO *et al.*, 2013; SOUSA *et al.*, 2016).

Identificar estas crenças se torna mais relevante no contexto da implantação da Reforma Psiquiátrica e dos serviços substitutivos de saúde mental que promovem o desenvolvimento de uma rede de assistência comunitária. Necessariamente, tais providências motivam a sociedade a encontrar mecanismos de integração dos doentes mentais à sua vida cotidiana (MACIEL *et al.*, 2015, p. 464).

Nesse estudo, adota-se a classificação acerca das crenças sobre a etiologia da doença mental elaborada por Maciel *et al.* (2015), na qual se propõem seis crenças causais às quais a sociedade recorre para explicar a origem dos transtornos mentais. São elas: as **crenças psicológicas**, que englobam problemas emocionais, de estresse e também traumas ocorridos na infância; as **crenças religiosas**, que reúnem explicações vinculadas ao plano espiritual que perpassam ao controle individual, podendo envolver, também, a falta de fé e a fraqueza do indivíduo; as **crenças biológicas**, a partir das quais os transtornos mentais são compreendidos com base na hereditariedade, desequilíbrio químico no cérebro ou doenças cerebrais; a **crença no uso de drogas**, que aborda o consumo excessivo de drogas, como álcool e outras drogas; as **crenças socioeconômicas**, onde os transtornos mentais originam-se a partir de fatores socioeconômicos como a pobreza; e as **crenças contingenciais**, que apontam os acidentes, os traumatismos cranianos e o estudo em excesso relacionados à etiologia dos transtornos mentais.

Acredita-se, então, que as crenças influenciam a estigmatização e o preconceito frente às pessoas com transtorno mental (PESCOSOLIDO *et al.*, 2013; SOUSA *et al.*, 2016). Apesar de mudanças importantes terem acontecido, no Brasil e no mundo, como a aprovação de leis garantidoras de direitos, fechamento dos manicômios e o desenvolvimento de dispositivos da rede de saúde mental, ainda se faz necessário superar as práticas excludentes e as crenças negativas acerca da pessoa com transtorno mental (ANDRADE; MEDEIROS; PATRIOTA, 2010; SOUSA *et al.*, 2012). Desta forma, a presente pesquisa teve como objetivo verificar quais às crenças causais estão vinculadas ao preconceito frente às pessoas com transtornos mentais e aos paradigmas biomédico e psicossocial; de forma a propor mudanças e fortalecimento para o processo de inclusão social desse grupo historicamente estigmatizado.

A Reforma Psiquiátrica é um processo complexo e multideterminado, e atualmente, vive-se um processo de transição paradigmática, considerando que se busca superar o modelo biomédico em vista de um modelo psicossocial (ANDRADE; MEDEIROS; PATRIOTA, 2010; BORGES; LUZIO, 2017). Por isso, é de grande relevância identificar quais variáveis dificultam a concretização do modelo psicossocial e quais o favorecem, na

tentativa de buscar estratégias junto a sociedade para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica.

2 MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram deste estudo 314 pessoas da população em geral da cidade de João Pessoa (PB) com idades variando de 18 a 67 anos ($M = 30,6$ anos; $DP = 11,2$). A maioria dos participantes era do sexo feminino (82,8%) e possuía ensino superior incompleto (66,9%). A amostra foi selecionada por procedimento não probabilístico, amostragem de conveniência.

2.2 Instrumentos

Para a coleta de dados, além de perguntas sociodemográficas (Ex: idade, gênero, grau de escolaridade) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes responderam os seguintes instrumentos:

Escala de Atitudes em Saúde Mental: avalia a adesão dos indivíduos aos paradigmas biomédico e psicossocial de atenção à saúde mental. Esse instrumento é composto por 15 itens, distribuídos em duas subescalas: Paradigma Biomédico ($\alpha = 0,71$) e Paradigma Psicossocial ($\alpha = 0,66$). Os participantes indicam o grau de concordância com as afirmações apresentadas numa

escala Likert que varia de 1 (discorda plenamente) a 7 (concorda plenamente) (SOUSA *et al.*, 2017).

Escala de Crenças Sobre a Doença Mental: avalia seis tipos de crenças sobre a etiologia dos transtornos mentais: psicológicas ($\alpha = 0,75$), religiosas ($\alpha = 0,84$), biológicas ($\alpha = 0,72$), uso de drogas ($\alpha = 0,81$), socioeconômicas ($\alpha = 0,79$) e contingenciais ($\alpha = 0,80$). É composta por 30 itens respondidos em uma escala Likert de cinco pontos, variando de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5) (MACIEL *et al.*, 2015).

Escala de Preconceito frente ao Doente Mental: este instrumento foi adaptado por Maciel *et al.* (2019) para avaliar o preconceito frente ao doente mental a partir da escala desenvolvida por Pettigrew e Meertens (1995) para medir o preconceito flagrante. É composto por um fator ($\alpha = 0,84$) e nove itens que descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de proximidade com doentes mentais. Os participantes indicam o quanto se sentem incomodados em cada situação descrita nesses itens numa escala Likert que varia de 1 (nada incomodado) a 5 (muito incomodado).

2.3 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de forma presencial e online. Presencialmente, deu-se nas salas de aula de três universidades (1

pública e 2 privadas), após contato prévio e autorização das coordenações dos cursos e dos professores. Online, foram usadas as mesmas perguntas e escalas do questionário físico, mas adaptado ao preenchimento virtual, com uso da plataforma *Google Forms*.

Inicialmente todos os participantes foram informados, por meio do TCLE, acerca do tema do estudo e esclarecidos quanto aos princípios éticos, como garantia do anonimato das respostas, o direito de participação voluntária e a possibilidade de desistência do estudo a qualquer momento sem prejuízos acarretados.

2.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, realizaram-se análises estatísticas descritivas (média, desvio padrão, frequência) e inferenciais (análises de regressão múltipla, método *Enter*).

2.5 Procedimentos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba (protocolo nº0543/15), resguardando todos os cuidados éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 e a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

Com o objetivo de verificar quais as crenças causais estão vinculadas aos paradigmas biomédico e psicossocial e ao preconceito frente às pessoas com transtornos mentais; para tanto realizou-se uma análise de regressão linear múltipla (método *Enter*).

Tabela 1 - Coeficientes de regressão para os modelos testados

Nota: $p < 0,05^$; $p < 0,01^{**}$*

	Paradigma biomédico		Paradigma psicossocial	
	B	β	B	B
Constante	2,01		5,26	
Preconceito	0,33	0,27**	-0,29	-0,30**
C. psicológica	-0,02	0,08	0,02	0,02
C. socioeconômica	-0,26	-0,18*	0,24	0,22**
C. biológica	0,01	0,00	0,03	0,02
C. religiosa	0,05	0,03	-0,16	-0,12*
C. uso de drogas	-0,06	-0,04	0,00	0,00
C. contingenciais	0,43	0,29**	-0,19	-0,17*
R²	0,18		0,20	
R² ajustado	0,16		0,18	

Inicialmente, regrediu-se a variável paradigma biomédico com as crenças sobre a etiologia dos transtornos mentais e o preconceito; observou-se um coeficiente de regressão significativo ($R^2 = 0,18$, $F(7, 292) = 9,09$, $p < 0,01$). Os resultados mostraram que o preconceito ($\beta = 0,27$; $p < 0,01$) e as crenças contingenciais

($\beta = 0,29$; $p < 0,01$) predisseram de forma positiva o paradigma biomédico, já as crenças socioeconômicas ($\beta = - 0,18$; $p < 0,05$) predisseram esse paradigma de forma negativa.

Em seguida, estimou-se um modelo de regressão que avaliou o efeito das crenças e do preconceito no paradigma psicossocial; o coeficiente de regressão foi significativo ($R^2 = 0,20$, $F(7, 292) = 10,44$, $p < 0,01$). Os resultados indicam que o paradigma psicossocial é predito de forma invertida pelo preconceito ($\beta = -0,30$; $p < 0,01$), pelas crenças religiosas ($\beta = -0,12$; $p < 0,05$) e pelas crenças contingenciais ($\beta = -0,17$; $p < 0,05$); e de forma positiva pela crença socioeconômica ($\beta = 0,22$; $p < 0,01$).

4 DISCUSSÃO

Neste estudo verificou-se a relação entre o paradigma biomédico e o psicossocial no que diz respeito às crenças causais e ao preconceito frente às pessoas com transtornos mentais. Inicialmente, observou-se que o preconceito e as crenças contingenciais estão associados com o apoio ao paradigma biomédico e acerca disso Maciel *et al.* (2019) afirmam que o preconceito é uma variável que motiva a exclusão social das pessoas com transtornos mentais. Outros estudos indicam que a pessoa com transtorno mental é vista de forma mais negativa e é

mais culpabilizada e rejeitada quando situações contingenciais são associadas à etiologia do transtorno, visto que sua condição perpassou pelo seu controle individual (ANGERMEYER *et al.*, 2011; MARSH; SHANKS, 2014); desse modo, quanto maior o preconceito e a crença de que a doença mental pode surgir a partir de acidentes, traumatismos cranianos e estudo em excesso (MACIEL *et al.*, 2015), maior o apoio ao paradigma biomédico.

No paradigma biomédico, os cuidados em saúde mental acontecem principalmente por meio do isolamento, o que favorece o rompimento dos laços sociais e o aumento do estigma – visto que é através do contato intergrupar dentre membros de diferentes categorias que acontece a diluição do preconceito (ALLPORT, 1954; ALFREDO, 2019). Sousa (2014) encontrou resultados semelhantes que corroboram o que foi encontrado nessa pesquisa. Em seu estudo participaram 480 estudantes que responderam, dentre os instrumentos utilizados, a mesma Escala de Atitudes em Saúde Mental aqui utilizada e a Escala de Rejeição à Intimidade (SOUSA, 2014) a qual é composta por um único fator, preconceito frente ao doente mental. Entre as análises realizadas, uma correlação de Pearson entre essas duas escalas apontou uma correlação positiva entre o paradigma biomédico e o preconceito ($r = 0,24$, $p < 0,05$); compreende-se, então, que a lógica desse paradigma é um “cuidado” excludente.

Quanto ao paradigma psicossocial, observou-se que esse foi predito de forma significativa e negativa pelo preconceito, pelas crenças religiosas e pelas crenças contingenciais; e de forma significativa e positiva pela crença socioeconômica.

Quanto à crença religiosa, a literatura aponta que quando a causa de um transtorno mental é atribuída a uma ação sobrenatural maligna, tende-se a enxergar o sujeito como uma ameaça, pois o “espírito” toma conta do corpo dessa pessoa podendo agir da maneira que quiser. Estudos apontam que o transtorno mental é associado a comportamentos violentos e agressivos (BARROS, 1994; OLIVEIRA; SOUSA; MACIEL, 2018); assim, na relação apresentada nesta pesquisa entre a crença religiosa e o paradigma psicossocial de forma invertida, interpreta-se que os participantes que tem maior crença nas explicações causais dos transtornos mentais vinculadas a crenças religiosas; tem menor adesão ao paradigma psicossocial, e consequentemente maior adesão ao paradigma biomédico.

Vale acrescentar que no contexto do paradigma psicossocial há uma percepção ampliada do adoecimento psíquico, não o limitando a aspectos biológicos/orgânicos, mas sim o entendendo como algo associado a múltiplos fatores. No que se refere ao paradigma psicossocial, além de defender o uso de recursos terapêuticos diversos, a reinserção social do indivíduo e o

uso de dispositivos extra-hospitalares, esse paradigma também luta por uma assistência mais humanizada, saindo de uma perspectiva meramente curativista, defendendo uma visão holística do sujeito que adoece e contemplando todos os seus fatores, como sua subjetividade, por exemplo (DANTAS, 2014; MONTEIRO, 2015; MACIEL *et al.*, 2015; SERAFIM *et al.*, 2017).

A relação invertida encontrada entre paradigma psicossocial, preconceito e crença contingencial confirma o que foi verificado na primeira equação de regressão realizada, a qual mostrou o preconceito e a crença contingencial como variáveis associadas ao desejo de exclusão e distanciamento das pessoas com transtornos mentais. Marsh e Shanks (2014) ressaltam que com relação à crença contingencial, essa foi associada a uma visão mais negativa e de culpabilização do portador de transtorno mental pela sua condição.

No que se refere às crenças socioeconômicas, estas estão associadas com o apoio ao paradigma psicossocial, de forma que quanto maior a crença de que a causa da doença mental é atribuída a fatores de ordem sócio econômica, observa-se menor preconceito, maior aceitação, pelo fato de o transtorno ser mais passível de mudança, havendo maior chance de curabilidade (LOCH, 2013). Desta forma, os resultados apontaram uma relação positiva entre o paradigma psicossocial e as crenças

socioeconômicas; a qual considera a condição de vida do sujeito. A situação de pobreza e a desigualdade social são consideradas fatores de risco para a saúde física e mental do indivíduo (SILVA; SANTANA, 2012; NEPOMUCENO, 2013; COSTA NETO; DIMENSTEIN, 2017) e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011), uma relação complexa e multidimensional existe entre pobreza e saúde mental. A relação encontrada corrobora o resultado da primeira equação de regressão, atribuir a causa da doença mental a aspectos socioeconômicos leva a atitudes mais positivas e de aceitação da pessoa com transtorno mental, uma vez que quando vinculada a variáveis de tal ordem há maior chance de cura e não atribuição de responsabilidade do sujeito pelo seu adoecer (LOCH, 2013).

Sobre o preconceito, este ainda é um dos principais entraves para o desenvolvimento do paradigma psicossocial e efetivação da Reforma Psiquiátrica, pois dificulta o avanço das práticas de inclusão social, visto que está associado ao medo e ao desejo de distância social (ANDRADE; MEDEIROS; PATRIOTA, 2010; ANGERMEYER *et al.*, 2011; AZEVEDO; FERREIRA-FILHA, 2012; MARSH; SHANKS, 2014), um exemplo disso é que ainda são encontradas diferentes barreiras para implantação dos serviços substitutivos em áreas urbanas (MARTINS *et al.*, 2013).

Apesar de existir uma busca pela inclusão do portador de transtornos mentais, aspectos culturais do período manicomial ainda permanecem na sociedade; nesse sentido, a desinstitucionalização e inclusão social devem ser vistos como processos contínuos e que ultrapassam o contexto da saúde e do cuidado, envolvendo todas as dimensões da vida em sociedade (RIBEIRO, 2013). As variáveis identificadas nesse estudo sinalizam caminhos por onde podemos trilhar estratégias para propor mudanças no cenário da saúde mental, tendo em vista a necessidade de intensificar o trabalho de adesão ao paradigma psicossocial e a minimização da difusão de crenças que geram mais preconceito, a exemplo das religiosas e contingenciais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pretendeu analisar se o paradigma biomédico e o paradigma psicossocial estão relacionados às crenças causais e ao preconceito frente às pessoas com transtornos mentais. Os resultados encontrados mostraram que a adesão ao preconceito e as crenças contingenciais e a rejeição às crenças socioeconômicas são preditores significativos do paradigma biomédico; já o paradigma psicossocial é explicado pela adesão às crenças socioeconômicas e pela rejeição, ou

afastamento, do preconceito, das crenças contingenciais e crenças religiosas. Esses achados evidenciam a importância que esses construtos têm para a compreensão da atual política de saúde mental, ressaltando aspectos que favorecem e dificultam sua consolidação, sinalizando aspectos que devem ser considerados e debatidos para melhorar a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Apesar dos avanços nas leis e garantias de direitos para os portadores de transtornos mentais, o preconceito e as crenças acerca da etiologia da doença mental que acirram o preconceito e o distanciamento social, a exemplo das crenças religiosas e contingenciais, ainda fazem parte do cotidiano dessas pessoas causando impacto direto no processo de inclusão social. Mesmo passada mais de uma década e meia de aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216 aprovada em 2001), legados do período manicomial ainda permanecem em nossa sociedade, como o medo; a valorização do distanciamento e exclusão das pessoas em sofrimento psíquico ainda fazem parte do cotidiano e são entraves ao desenvolvimento do paradigma psicossocial. A inclusão social efetiva desse grupo requer amplas mudanças sociais, a começar pela transformação da imagem social negativa que existe acerca dessas pessoas; para tanto é fundamental debater e refletir acerca da temática da saúde mental nos

diferentes espaços, levando informação real e cientificamente fundamentada para a população.

De acordo com os achados desta pesquisa o paradigma psicossocial vinculado a saúde mental, inserido no Brasil de forma mais contundente com a legislação da Reforma Psiquiátrica, ainda não está totalmente absolvido e efetivado; tendo em vista que o paradigma biomédico ainda encontra-se presente sustentado por preconceito e por crenças causais referente a explicações religiosas e contingenciais. As crenças causais, vinculadas a questões socioeconômicas, devem ser mais amplamente divulgadas, tendo em vista a estarem mais vinculadas ao paradigma psicossocial e menor preconceito. Supomos que a explicação para tal fato esteja relacionado a que a adesão a crença causal de ordem socioeconômica retira a culpabilidade do sujeito e pode se vincular a possibilidade de mudanças e de curabilidade.

Espera-se que os dados dessa pesquisa permitam orientar caminhos que conduzam a concretização do modelo psicossocial e a inclusão social efetiva das pessoas em sofrimento psíquico. Ademais, busca-se trazer à tona reflexões acerca do sujeito diagnosticado com algum transtorno mental, as dificuldades e preconceitos enfrentados na sociedade e o que se pode fazer para mudança do cenário atual. Busca-se reflexões mais amplas que

não atinjam e permaneçam apenas no âmbito acadêmico, mas que possam ir além, perpassando os diferentes espaços sociais.

Ressalta-se a importância de que as relações aqui apresentadas sejam verificadas considerando amostras maiores e mais diversificadas, com o objetivo de aumentar o alcance das conclusões apresentadas. Sugere-se, também, que as pesquisas futuras visem avaliar como o fator exclusão se comportaria nas análises para que novos dados possam ser obtidos e discutidos.

REFERÊNCIAS

ACIOLI NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000400014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1414-98932013000400014&lng=pt&tlng=pt.

ALFREDO, T. A. B. **O crime e a doença mental: dos mitos à realidade**. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia Forense) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/9466>.

ALLPORT, G. **The nature of prejudice**. Cambridge: Addison-Wesley, 1954.

ANDRADE, M. T. M.; de MEDEIROS, E. F.; PATRIOTA, L. M. A Reforma Psiquiátrica na prática e a prática da Reforma Psiquiátrica: um estudo a partir das percepções dos profissionais do CAPSi (Centro Campinense de Intervenção Precoce) de Campina Grande-PB. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 2, n. 4-5, p. 44-57, 2010. Disponível em: <http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1103/1263>.

ANGERMEYER, M. C *et al.* Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. **The British Journal of Psychiatry**, v. 199, n.5, p. 367-372, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/biogenetic-explanations-and-public-acceptance-of-mental-illness-systematic-review-of-population-studies/E6078EED07031B5828DB84FCDC90657F>.

AZEVEDO, E. B.; FERREIRA-FILHA, M. O. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: Entre dificuldades e facilidades. **Revista Ciência e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 60-70, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view>.

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 171-194.

BARROS, M. M. M. A. *et al.* Olhares e reflexões sobre o cuidado em saúde mental na rede de atenção psicossocial. In MACIEL, S. C.; DIAS, C. C. V.; PEREIRA, C. A. (Orgs.), **Saúde Mental e Dependência Química: Políticas de cuidado e inclusão social**. João Pessoa: Ideia, 2018. p. 169-190.

BORGES, R. F.; LUZIO, C. A. Pesquisa qualitativa em saúde mental: alguns apontamentos. **Perfil**, v. 9, n. 1, p. 14-23, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/127050>.

CORRIGAN, P. *et al.*, An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. **Journal of health and Social Behavior**, v. 44, n. 2, p.162-179, 2003. DOI: 10.2307/1519806. Disponível em: www.jstor.org/stable/1519806.

COSTA NETO, M. C.; DIMENSTEIN, M. Cuidado Psicossocial em Saúde Mental em Contextos Rurais. **Trends in Psychology**, v. 25, n. 4, p. 1653-1664, dez 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.4-09Pt>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000400009&lng=pt&nrm=iso.

DANTAS, G. E. **Atitudes frente ao doente mental: Correlatos va-**

lorativos e de traços de personalidade. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014. Disponível em:
<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6962>.

DIAS, C. C. V. *et al.* Mudanças de estereótipos e representações sociais: desafios para a superação do preconceito frente à doença mental. In MACIEL, S. C.; DIAS, C. C. V.; PEREIRA, C. A. (Orgs.), **Saúde Mental e Dependência Química: Políticas de cuidado e inclusão social**. João Pessoa: Ideia, 2018. p. 119-144.

FOUCAULT, M. **Doença mental em Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. (9ª ed.). São Paulo: Perspectiva, 2012.

KRÜGER, H. Ideologias, sistemas de crenças e atitudes. In: CAMINO, L.; TORRES, A. R. R. T.; LIMA, M. E. O.; PEREIRA, M. E. (Orgs.), **Psicologia social: Teorias e temas**, Brasília: Technopolitik, 2013. p. 263-308.

LACERDA, M.; PEREIRA, C. R.; CAMINO, L. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 165-178, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000100018&lng=en&nrm=iso.

LIMA, M. E. O. Preconceito. In CAMINO, L.; TORRES, A. R. R. T.; LIMA, M. E. O.; PEREIRA, M. E. (Orgs.), **Psicologia social: Teorias e temas**, Brasília: Technopolitik, 2013. p. 451-500.

LOCH, A. A. **Estereótipos e crenças relacionadas à esquizofre-**

nia: Um levantamento comparativo entre profissionais de saúde mental e a população geral do Brasil. 2013. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03012014-152757/pt-br.php>

MACIEL, S. C. *et al.* Desenvolvimento e validação da escala de crenças sobre a doença mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n., p. 463-473, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528305>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000300463&lng=en&nrm=iso.

MACIEL, S. C. *et al.* Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 193-204, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsa-lud.org/scielo.php?pid=S1413389X2011000100015&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso 17 jul. 2020.

MACIEL, S. C. *et al.*, Social Exclusion of People Who Suffer from Mental Disorders: A Proposal for an Explanatory Model. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 29, e. 2915, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2915>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2019000100505&lng=en&nrm=iso.

MACIEL, S. C. **Exclusão/inclusão social do doente mental/louco: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica.** 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

MACIEL, S. C.; MELO, J. R. F. Pessoas com transtornos mentais e exclusão social: um diálogo a luz das representações sociais. In: CHAMON, E. M. Q. O.; GUARESCHI, P. A.; Campos P. H. F. (Orgs.), **Textos**

e Debates em Representação Social, Porto Alegre: ABRAPSO, 2014. p. 293-310.

MARSH, J. K.; SHANKS, L. L. Thinking you can catch mental illness: How beliefs about membership attainment and category structure influence interactions with mental health category members. **Memory & cognition**, v. 42, n. 7, p. 1011-1025, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.3758/s13421-014-0427-9>..

MARTINS, G. C. S. *et al.* O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 327-334, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0104-07072013000200008&lng=en&nrm=iso..

MELO, J. R. F. **Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

MONTEIRO, R. M. P. **Dizem que sou louco: O caso Damião Ximenes e a Reforma Psiquiátrica em Sobral/CE**. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

NEPOMUCENO, B. B. **Pobreza e Saúde Mental: Uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2013 Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/6859>.

OLIVEIRA, I. G.; SOUSA, P. F.; MACIEL, S. C. Percepção de Ameaça e Exclusão do Doente Mental: Análise a partir das crenças sobre a doença mental, III Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde.

Anais eletrônicos III CONBRACIS, v. 1, 2018. Disponível em:
<http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/anais.php>

PEREIRA, C. R. *et al.* O papel de representações sociais sobre a natureza da homossexualidade na oposição ao casamento civil e à adoção por famílias homoafetivas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 79-89, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/8382>

PESCOSOLIDO, B. A. *et al.* The “backbone” of stigma: Identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. **American Journal of Public Health**, 103(5), 853- 860, 2013. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301147>. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2012.301147>.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de janeiro: Editora 34, 1994.

RIBEIRO, M. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 3, p. 174-182, 2013. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i3p174-182>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64900>.

SERAFIM, R. C. D. N. S. *et al.* Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, p. 221-233, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180118>. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100018&lng=en&nrm=iso.

SILVA, D. F.; SANTANA, P. R. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.

6, n. 4, p. 175-185, 2012. DOI: 10.18569/tempus.v6i4.1214. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307736769_Transtornos_mentais_e_pobreza_no_Brasil_uma_revisao_sistemica.

SOUSA, P. F. **Adesão à Reforma Psiquiátrica e preconceito frente a doente mental: Um estudo com universitários à luz da Teoria das Representações Sociais**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

SOUSA, P. F. D. *et al.* Atitudes e representações em saúde mental: Um estudo com universitários. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 527-538, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210307>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1413-82712016000300527&lng=en&nrm=iso.

SOUSA, P. F. D. *et al.* Evidence of factorial validity and accuracy of attitudes in mental health scale. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 34, n.1, p. 97-106, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000100010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0103-166X2017000100097&lng=en&nrm=iso.

SOUSA, P. F. *et al.* Transtornos mentais e Reforma Psiquiátrica: reflexões sobre o tema. In MACIEL, S. C.; DIAS, C. C. V.; PEREIRA, C. A. (Orgs.), **Saúde Mental e Dependência Química: Políticas de cuidado e inclusão social**. João Pessoa: Ideia, 2018. p. 81-97.

SOUSA, P. F.; MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T. Paradigma biomédico x psicossocial: Onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? **Trends in Psychology**, v. 26, n. 2, p. 883-895, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.2-13pt>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S2358-18832018000200883&lng=en&nrm=iso.

SOUSA, S. D. *et al.* Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 34, n.4, p. 186-197, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-60892012000400004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000400004&lng=en&nrm=iso>.

VIEIRA, G. L. S., MACIEL, S. C., MELO, J. R. F., SOUSA, P. F. & MEDEIROS, K. T. Adesão à Reforma Psiquiátrica e preconceito frente ao doente mental. In MACIEL, S. C.; DIAS, C. C. V.; PEREIRA, C. A. (Orgs.), **Saúde Mental e Dependência Química: Políticas de cuidado e inclusão social**. João Pessoa: Ideia, 2018. p. 99-117.

CAPÍTULO 2

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, ESTEREÓTIPOS E PRECONCEITO: UMA ANÁLISE PSICOSSOCIAL SOBRE O AUTISMO¹

Camila Cristina Vasconcelos Dias

João Victor Cabral da Silva

Thaís de Sousa Bezerra de Menezes

Silvana Carneiro Maciel

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo se propõe a trazer reflexões sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) em uma perspectiva psicossocial, abarcando as questões sobre as representações sociais, os estereótipos e o preconceito. Parte-se do fato de que o TEA tem sido pouco pesquisado por meio dessa perspectiva, sobretudo no âmbito nacional, uma vez que a revisão da literatura realizada por Guedes e Tada (2015) nas bases de dados *SciELO*, *PePSIC* e *Edubase*, no período de 2007 a 2012, constatou que os

¹ Este capítulo está vinculado ao Trabalho de Tese da 1ª autora intitulado “Modelo explicativo da discriminação contra pessoas autistas pautado nas representações, crenças, estereótipos, percepção de ameaça, preconceito e fase do desenvolvimento” e a pesquisa PIBIC do 2º autor intitulado “Representações Sociais acerca do comportamento da pessoa autista: influência da idade e do grau de severidade” ambos sob orientação da Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel.

156 estudos sobre o autismo² identificados diziam respeito, principalmente, à sua avaliação e caracterização clínica, intervenções e tratamentos, relações familiares, escolarização e processos de ensino-aprendizagem. À vista disso, diante da escassez de estudos que lancem mão de investigações de fenômenos que são próprios da dimensão psicossociológica, este capítulo nasce da convicção de que a Psicologia Social tem muito a contribuir para a compreensão das dinâmicas sociais, culturais e históricas que alimentam tais fenômenos, como a atribuição de estereótipos e o preconceito, por meio da investigação das representações sociais sobre o autismo e as pessoas autistas, posto que se fazem necessários estudos que possam auxiliar na elaboração de políticas de inclusão social.

Considera-se como perspectiva psicossocial aquela responsável por integrar domínios que, por bastante tempo, foram tratados separadamente: o social do individual, a sociedade da pessoa (PAIVA, 2013). Por isso, pretende-se ir além trazendo para a discussão o domínio social, os modos pelos quais o autismo foi e tem sido assimilado pela sociedade e como isso impacta as pessoas autistas. A dimensão psicossocial dispõe de ferramentas

² Embora Transtorno do Espectro Autista (TEA) seja o termo mais atual preconizado pelo DSM-5, também utilizaremos “autismo”, neste capítulo, pois trata-se do termo mais consensual para se referir ao TEA.

que atuam orientando as condutas e as interações sociais de modo que as representações sociais, dentro dessa perspectiva, funcionam como guias das práticas sociais e os estereótipos retratam as crenças e a percepção sobre outras pessoas e grupos sociais. E, dessa forma, juntos, representações sociais e estereótipos embasam atitudes, como o preconceito, e comportamentos, como a discriminação social (DIAS *et al.*, 2018). Com base nisso, a proposta deste capítulo é abordar o tema autismo de forma a ultrapassar os níveis de análise intra-individual, interindividual e situacional citados por Doise (2002).

Buscou-se destacar os estereótipos e o preconceito contra pessoas autistas como temas que merecem atenção, uma vez que, de acordo com Lima (2020), eles produzem marcas persistentes nas vidas dessas pessoas na sociedade, impactando todos os níveis da vida social. Diante disso, serão descritos fatos históricos que foram fundamentais para a construção da ideia de autismo no imaginário social a fim de despertar reflexões sobre o tema para além de etiologia, semiologia médica e epidemiologia. E, após uma breve contextualização histórica, serão apresentadas conceituações e definições sobre representações sociais e estereótipos e, finalmente, reflexões sobre o preconceito contra as pessoas autistas.

1.1 Breve contextualização histórica sobre o autismo

Para iniciar o caminho proposto neste capítulo, é de suma importância entender o que é o autismo nos dias de hoje, mas, sobretudo, por meio de marcos históricos que continuam exercendo influência no modo como se representa psicossocialmente o transtorno e as pessoas que recebem esse diagnóstico. Salienta-se que se trata de um diagnóstico sobre o qual ainda incidem diversos questionamentos, especialmente com relação à etiologia e à epidemiologia, uma vez que causas específicas ainda não foram determinadas, embora hoje se conheçam melhor as condições clínicas associadas e as suas manifestações sintomatológicas.

Na atualidade, o autismo é compreendido como um transtorno do neurodesenvolvimento de etiologia múltipla que se manifesta em graus de severidade por meio, principalmente, de comprometimentos na socialização, comunicação, cognição e comportamento. No entanto, não se trata de algo recente na história da humanidade e há registros de casos de indivíduos cujos comportamentos e características se assemelham ao autismo datados do século XV. Esses casos foram interpretados sob a óptica da loucura, inicialmente a “loucura santa”, aquela que servia como canal entre o mundo material e espiritual, como relataram Donvan e Zucker (2017). Os autores, então, consideram que há uma pré-

história do autismo, já que ele existia muito antes de ser identificado e descrito como tal, situando o ponto de partida para compreendê-lo: a loucura.

A descrição do autismo, propriamente, só aconteceu no início do século XX, no ano de 1943, quando o psiquiatra austríaco radicado nos Estados Unidos, Leo Kanner, relatou alguns estudos de caso que deram origem à categoria nosográfica denominada de Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo. Kanner se referia a um quadro sintomatológico na infância que possuía como principal característica uma dificuldade fundamental de relacionamento e de interação ainda nos primeiros anos de vida. Outras características descritas consistiam em alterações na fala e na linguagem, no desenvolvimento cognitivo, além do aparecimento de comportamentos repetitivos e sensibilidade singular a determinados fatos e situações (KANNER, 1943; GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

Para chegar à descrição dos Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo, Kanner (1943) realizou, em 1938, um estudo no qual descreveu, por meio de observação clínica, onze crianças - oito meninos e três meninas - e relatou uma condição neurológica singular oriunda da incapacidade de formar vínculos afetivos com outras pessoas nos primeiros anos de vida, sendo esta a característica principal comum às crianças autistas. Além disso, as

crianças apresentavam dificuldades de tolerar mudanças no ambiente e na rotina e foram todas descritas como fisicamente normais. O autismo não era, portanto, uma marca que os indivíduos carregavam fenotipicamente em si e seus pais os descreviam como crianças normais quando recém nascidas. Os indivíduos nasciam “normais” mas não se desenvolviam, e esse não desenvolvimento foi atribuído à relação mãe e filho, uma vez que Kanner, inicialmente, descreveu os pais das crianças do seu estudo de caso como frios, ausentes e distantes, destacando seus altos níveis de formação intelectual e levantando a hipótese de uma relação entre autismo e depressão materna. Logo, buscou-se compreender o autismo, a priori, a partir de uma etiologia psicogênica. (KANNER; EISENBERG, 1956; SILVERMAN; BROSCO, 2007).

Mesmo após sua descrição, o autismo permaneceu vinculado à sua pré-história, ou seja, à loucura. Isso porque a palavra autismo, que segundo sua etimologia deriva do prefixo grego *autós* e significa si mesmo, foi utilizada pela primeira vez em 1906 por Plouller como item descritivo do sintoma clínico de isolamento de pessoas com diagnóstico de demência precoce, mas foi difundida pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler, em 1910, referindo-se a um dos sintomas da esquizofrenia. Para Bleuler o autismo como sintoma da esquizofrenia consistia na perda de

contato com a realidade causada pela impossibilidade ou dificuldade na comunicação interpessoal, o que resultaria em uma limitação nas relações pessoais e com o mundo externo. A descrição do autismo realizada por Kanner dizia respeito a um distúrbio primário semelhante à descrição de esquizofrenia de Bleuler, embora o emprego do termo autismo nos dois casos seja diferente. Bleuler utilizava o termo como um dos sintomas da esquizofrenia para descrever a tendência de um fechamento do indivíduo sobre si mesmo diante do mundo, o que se conhece como embotamento afetivo. Mas Kanner fez o uso do termo autismo para designar uma forma de contato singular e específico com o mundo externo (MAZET; LEBOVICI, 1991; GADIA, TUCHMAN; ROTTA, 2004; RAPIN; TUCHMAN, 2009; FERNANDES, 2016).

Anos após as primeiras descrições, já por volta da década de 1970 e 1980, surge uma nova perspectiva para compreender o autismo, buscando afastá-lo das noções iniciais que o aproximavam da esquizofrenia. Pesquisadores como Michael Rutter, Lorna Wing, Edward M. Ornitz e Edward R. Ritvo, em meados da década de 70, passaram a compreender o autismo como um distúrbio cognitivo. Caracterizadas como teorias organicistas, essas novas formas de concebê-lo buscaram uma etiologia orgânica ou biológica para explicá-lo, enfatizando

enfoques teóricos cognitivistas e desenvolvimentistas (LAMPREIA, 2004). Logo, passou-se a entender o autismo como uma desordem comportamental oriunda de um comprometimento orgânico cerebral, com possíveis bases genéticas, sugerindo que várias manifestações poderiam ser explicadas por meio de falhas na cognição e na percepção da pessoa. As teorias oriundas dessa perspectiva etiológica pressupunham a existência de alguma disfunção de natureza bioquímica, genética ou neuropsicológica, o que retira dos pais, em especial da mãe a causa do transtorno (MAZET; LEBOVICI, 1991).

Como um desdobramento dessa perspectiva, por meio de estudos de Wing e Ricks de 1976, observou-se que crianças com o diagnóstico de autismo poderiam apresentar diferentes níveis de desempenho em testes de inteligência, bem como de comprometimento dos sintomas autísticos vinculados a possíveis comorbidades. Sendo assim, em 1988, Wing propôs a terminologia Espectro do Autismo com a finalidade de demonstrar que as dificuldades apresentadas pelas crianças autistas poderiam variar em graus nas suas diversas manifestações, destacando uma tríade de incapacidades que se refere a três áreas de prejuízos: interação social, linguagem e comportamento (LAMPREIA, 2004).

Diante disso, ao se afastar e se diferenciar da esquizofrenia, de acordo com Lopes (2011), o autismo passou a ser classificado

ênfatizando os aspectos do desenvolvimento a fim de salientar a sua distinção das ditas doenças mentais. E, em uma perspectiva etiológica moderna, Mouta Fadda e Engler Cury (2016) afirmam que a combinação entre causas genéticas e ambientais é a mais aceita para tentar explicar o autismo. Segundo as autoras, a comunidade científica considera a sua etiologia como multicausal, admitindo como causa um complexo agrupamento de fatores ambientais e genéticos.

Atualmente o autismo é considerado um transtorno do neurodesenvolvimento e está descrito nos manuais de saúde DSM-5, o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2014), e CID-10, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), o quais auxiliam profissionais da saúde na sua identificação. No DSM-5 (APA, 2014), um único diagnóstico denominado de Transtorno do Espectro Autista (TEA) aglutinou o que, nas edições anteriores do manual, eram considerados Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), como a Síndrome de Asperger e de Rett, além do Transtorno Autístico. Já na CID-10 (OMS, 1993), o autismo está situado no quadro de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) como Autismo Infantil. No entanto, em 2018, a OMS lançou a CID-11, na qual consta o Transtorno do Espectro Autista (TEA), seguindo a nomenclatura do DSM-5;

porém, a versão atualizada só começará a valer a partir de 2022 (PAIVA JUNIOR, 2018).

Segundo os manuais, as manifestações sintomatológicas costumam ser observadas até o terceiro ano de vida do indivíduo, sendo o diagnóstico realizado clinicamente por meio de observações, entrevistas com os pais ou cuidadores e avaliações com materiais específicos (GOMES *et al.*, 2015). Sobre a magnitude dessas manifestações, o DSM-5 estabelece a necessidade de uma avaliação qualitativa do conjunto de sintomas apresentados para identificar os graus de severidade dentro da perspectiva do espectro de diversidade. Esses graus se referem ao nível de independência e capacidade de adaptação da pessoa com autismo, que podem ser leve, moderado e severo (POIRIER; CAPPE, 2016). No grau leve, os indivíduos podem apresentar alguma dificuldade na socialização ou na linguagem e alguns dos seus sintomas podem até passar despercebidos ou serem camuflados, apesar de demandar esforço da pessoa (HULL *et al.*, 2017). Enquanto nos graus moderado e severo, os sintomas tornam-se mais expressivos, acentuando as dificuldades na socialização e na linguagem, os comportamentos estereotipados tornam-se mais frequentes e o comprometimento intelectual, enquanto comorbidade, torna-se mais comum (POIRIER; CAPPE, 2016).

Como é possível constatar, a perspectiva desenvolvimentista na compreensão do autismo é algo recente. Portanto, mesmo que se considere o autismo, hoje, como TEA, um transtorno do neurodesenvolvimento, destacam-se dois marcos históricos importantes para a compreender como ele foi e vem sendo assimilado socialmente: a loucura como a primeira forma de interpretá-lo e a esquizofrenia como a referência para alcunhá-lo. Diante disso, é difícil imaginar um cenário promissor para as pessoas com autismo quanto à assistência e cuidado no passado recente no qual surgiu oficialmente como uma entidade nosográfica apesar das evoluções quanto ao conhecimento sobre a natureza do transtorno.

O início do século XX, por exemplo, remonta um cenário no qual crianças que apresentavam dificuldades de comunicação e socialização, e também comportamentos atípicos, eram institucionalizadas ainda pequenas, com três ou quatro anos de idade. Consideradas defeituosas pela discrepância do funcionamento classificado como normal, as crianças deveriam ser “confiadas” a uma instituição o mais depressa, sendo a recomendação médica da época para que os pais não se apegassem a um filho que nunca se desenvolveria e, assim, não subtraíssem a atenção aos filhos com desenvolvimento típico. Além do mais, eram comuns, nesse período nos Estados Unidos, os

concursos das “Famílias Mais Aptas”, que pregavam que ter uma criança com desenvolvimento atípico na família era motivo de vergonha. A campanha por trás da eleição de uma família americana modelo era a de que crianças consideradas “defeituosas” representavam perigo para a sociedade e não eram totalmente humanas (DONVAN; ZUCKER, 2017).

Em pleno século XXI, ainda que tenham acontecido consideráveis mudanças desde a primeira descrição feita por Kanner, os pesquisadores Wood e Freeth (2016) destacam que, mesmo com o aumento do nível de conscientização sobre o autismo na população mundial em geral, das pessoas autistas continuam sendo percebidas de forma negativa e imprecisa. E esse é o ponto chave sobre o qual segue a reflexão deste capítulo, pois, por meio de uma perspectiva psicossocial, ou seja, considerando que o autismo não é apenas um diagnóstico, mas um objeto de assimilação social que carrega uma rede de significações ao longo do tempo e reverbera sua construção histórica no presente, busca-se desvelar elementos que atuam na manutenção dessa percepção negativa sobre a qual Wood e Freeth (2016) se referiram. Nesse sentido, refletir sobre o autismo sob uma perspectiva psicossocial é, de algum modo, procurar compreender a dinâmica relacionadas aos fenômenos como a atribuição de estereótipos e o preconceito, posto afetam sobremaneira a vida das pessoas autistas e suas

famílias tanto quanto os próprios comprometimentos do transtorno, partindo do entendimento de como o autismo tem sido representado socialmente.

1.2 Representações sociais e estereótipos sobre o autismo e a pessoa autista

Para falar de representações sociais e como o autismo tem sido assimilado pela sociedade, é necessário lançar mão da Teoria das Representações Sociais (TRS). Trata-se de uma teoria psicossociológica proposta por Moscovici (1981) que parte do entendimento das representações sociais como um conjunto de conceitos, proposições e explicações criado na vida cotidiana no decurso da comunicação interindividual, podendo ainda serem vistas como a versão contemporânea do senso comum. Sistematizando o conceito de representações sociais, Jodelet (2001) as define como o conhecimento compartilhado por meio das comunicações e das interações sociais no cotidiano e, em razão disso, oferecem um arcabouço de informações que auxiliam na interpretação e construção de uma realidade. Ao considerar a emergente popularização do autismo, a TRS atesta sua relevância na medida em que permite compreender como é feito o movimento de integração dos conhecimentos produzidos pelo

meio científico (universo reificado) ao imaginário social (universo consensual).

De acordo com Jodelet (2001), as representações sociais são fenômenos ricos e complexos por abarcarem uma variedade de elementos (crenças, valores, atitudes, opiniões e imagens) que, dispostos em um conjunto significativo, fornecem dados para a interpretação e ação na realidade. De acordo com Chaves e Silva (2013), isso se torna possível na medida em que as representações sociais possuem quatro funções básicas, a de conhecimento, de identidade, de orientação e de justificação. Portanto, as representações sociais, ao passo que fornecem um código de troca entre as pessoas e agem como moduladoras do pensamento e reguladoras da dinâmica social, funcionam como guias para a interpretação e organização de uma realidade cotidiana construída e reconstruída a partir da própria dinâmica entre comunicação e representação. Para Chaves e Silva (2013), identificá-las é fundamental para assimilar a dinâmica das interações sociais, bem como elucidar os determinantes das práticas sociais.

No entanto, considerando a relevância e popularidade que o autismo vem obtendo no meio social, nota-se certa carência de estudos que analisam esse transtorno sob a perspectiva das representações sociais. Alguns estudos empíricos, apesar de não

trazerem a TRS como norteadora, buscam analisar a representação como um conceito mais geral e simplificado. Por exemplo, Sarret (2011), em estudo focado nos meios de comunicação e na literatura científica entre 1960 e 2000, observou que o autismo foi representado na figura de uma criança, sozinha, com o olhar perdido, retratada como fragmentada. Enquanto isso, Fondelli e Rober (2016) identificaram que jovens adolescentes representam o autismo como algo que é diferente, ou seja, uma entidade que difere do que poderia ser considerado o padrão de normalidade. Apesar desses estudos não utilizarem formalmente a TRS, eles permitem compreender uma representação das pessoas autistas pautadas pela alteridade ou diferença e que confere ao transtorno o estatuto de forma patológica de vida, fazendo com que a sociedade recorra aos significados associados à loucura para interpretar e compreender esse fenômeno que surge no meio social. Segundo Wachelke (2005), o autismo e a esquizofrenia, por sua gravidade, exacerbam os sentimentos de alteridade por estarem associados a um padrão de comportamentos não esperado de seres humanos ditos “civilizados”.

Os estudos que se utilizam da TRS como aporte teórico não diferem muito em seu conteúdo daqueles que não possuem o aporte da teoria, mas trazem contribuições acerca do processo

construtivo e possíveis consequências dessas representações. Em pesquisa realizada por Santos e Santos (2012), o autismo foi representado por professores pernambucanos como um ensimesmamento, que diz respeito a quem está voltado para o interior de si mesmo. Os professores representaram o autismo por meio de semelhanças e diferenças de crianças autistas com outras crianças, em que aquelas seriam semelhantes a estas com relação à aparência física, por não haver características fisionômicas que as identifiquem como autistas. Contudo, seriam diferentes por serem vistas como crianças tristes, que se recusam à troca social, possuindo um olhar vazio e buscando o isolamento.

Em pesquisa realizada com profissionais da Associação de Pais e Amigos dos Autistas da Região Carbonífera de Santa Catarina, Castro *et al.* (2017) identificaram uma representação social sobre o autismo baseada na oposição à normalidade e na ideia de doença. De modo semelhante, Dachez, Ndobó e Navarro Carrascal (2016) constataram, em uma amostra da população geral francesa, uma representação social ancorada na noção de doença que gera, como consequência, um confinamento da pessoa muda em uma bolha, fazendo uma alusão ao isolamento e ensimesmamento.

Em estudo recente realizado por Dias *et al.* (2020) identificou que a representação social do autismo enquanto uma

doença também circula entre jovens universitários brasileiros e que sua ancoragem revela uma identificação dessa doença como uma doença mental. Nesse sentido, o termo doença que emergiu nos estudos pode ser lido como uma doença mental e isso provoca uma série de implicações, visto que o arcabouço representacional da doença mental é preenchido por conteúdos negativos, de ordem preconceituosa, discriminatória e excludente que pode ser identificado na breve contextualização histórica do transtorno realizada neste capítulo.

Conhecer as representações sociais, segundo Chaves e Silva (2013), permite compreender diferentes visões de mundo que transitam nos tecidos das relações sociais sobre determinado objeto social, seja nos níveis interindividuais ou nos níveis intergrupais e societal. Vala (1997) destaca a atuação das representações sociais nas percepções intergrupais quando afirma a importância de se analisar as representações sociais dos grupos sobre os grupos, ou seja, os estereótipos. Por definição, os estereótipos são esquemas organizados que se tornam crenças socialmente compartilhadas acerca de um determinado grupo humano e permitem realizar generalizações sobre este grupo (TECHIO, 2011). Assim, terminam por ignorar o caráter complexo e plural dos indivíduos e tendem a criar um protótipo que determina quem pertence ou não a determinado grupo social. Em

outras palavras, os estereótipos são fotografias mentais formuladas no decorrer do processo de socialização dos indivíduos e orientam as inferências que um indivíduo faz a respeito dos objetos sociais. Na teoria, sua função é a de simplificar a realidade para quem percebe, gerando economia cognitiva e facilitando, por conseguinte, o processamento de informações (MENDONÇA; LIMA, 2014).

Vale a pena salientar que os estereótipos são sustentados pelos processos de categorização e comparação social (TAJFEL, 1981) e servem para “distinguir aqueles que não são como nós” (MOSCOVICI, 2009, p. 661). São, portanto, concebidos como produto dos processos cognitivos de categorização entre os grupos, possuindo um papel justificador das diferenças grupais, posto que exageram ou simplificam características dos grupos implicados no processo de comparação, que tem a finalidade de diferenciar positivamente o endogrupo (o grupo do qual se faz parte) em detrimento do exogrupo (o outro grupo) (BATISTA *et al.*, 2014).

Acerca dos estereótipos atribuídos às pessoas autistas, Draaisma (2009) constatou que nos relatórios e manuscritos que Kanner e Asperger elaboraram para descrever o autismo, eles fizeram uso de uma série de histórias de casos para moldar a visão clínica do TEA, auxiliando, assim, na construção das

representações sobre a pessoa autista, definindo um protótipo/modelo do autismo. De acordo com o autor, esse modo de introduzir, avaliar e representar desordens mentais já não é mais utilizada na prática psiquiátrica, visto que os manuais se baseiam em levantamentos estatísticos dos quadros sintomatológicos e não apenas em estudos de casos não generalizáveis. O autor destaca que essa forma de descrição, baseada em protótipos, oferece um modelo de estereótipos e destaca como eles podem se acumular como resultados de representações do autismo (DRAAISMA, 2009).

As explicações etiológicas iniciais também ofereceram um modelo e influenciaram os estereótipos associados ao transtorno ao longo do tempo de acordo com Farrugia (2009). O autor observou que, enquanto a compreensão geral da etiologia do TEA pode ter mudado da perspectiva psicogênica às explicações cognitivistas ou genéticas, os estereótipos associados às pessoas autistas desde as primeiras descrições permanecem as mesmas, descrevendo-as como emocionalmente frias e distantes ou isoladas. Os comportamentos atípicos associados ao autismo continuam sendo considerados socialmente inadequados e perturbadores, e, juntamente com a falta de conhecimento sobre o transtorno, esses estereótipos seguem vigentes na sociedade atual (KINNEAR *et al.*, 2015).

Em outro estudo, a fim de conhecer os estereótipos atribuídos às pessoas autistas, Wood e Freeth (2016) solicitaram que estudantes universitários do Reino Unido listassem o maior número possível de características associadas a uma pessoa com autismo na perspectiva do público em geral. Os resultados mostraram que as 10 características ou traços mais frequentemente mencionados foram: más habilidades sociais, introvertidas, retraídas, comunicação deficiente, personalidade ou comportamento difícil, inteligência emocional ruim, habilidades especiais, inteligência alta, incapaz, obsessivo e retardado. Em um segundo momento, investigando a valência desses estereótipos, os autores constataram que a maioria dos participantes consideraram as características como negativas, com exceção das habilidades especiais e inteligência alta.

Os achados de Wood e Freeth (2016) confirmam o conjunto de estereótipos identificados por Whitman (2015) em uma análise histórica do transtorno, caracterizando a pessoa autista como sendo majoritariamente uma criança, doente, estranha, que não demonstra afeto e envolvimento, além de ser incapaz de aprender. Especificamente sobre a incapacidade, Weisheimer (2017) aponta esse estereótipo como um dos motivos pelos quais crianças mesmo com o grau leve de TEA são alvos de preconceito. A incapacidade também foi identificada como um estereótipo por

Kinnear *et al.* (2015) em um estudo com 502 famílias de pessoas autistas nos Estados Unidos. Os autores constataram que os pais sentiam que seus filhos eram percebidos pela sociedade como incapazes e incompetentes, que nunca teriam um emprego, se casariam ou viveriam de forma independente; e ainda como estranhos, que não poderiam ser bons amigos; como doentes mentais, perigosos e ameaçadores para os demais.

Em outra pesquisa realizada no Reino Unido, desta vez com adultos autistas, Treweek *et al.* (2018) destacam que os participantes relataram que se sentiam percebidos de forma negativa pelos outros, como estranhos. Os autores alertaram para as consequências negativas geradas por esse estereótipo de estranheza, pois, se as pessoas autistas internalizarem estereótipos negativos ou acreditarem que são verdadeiros, isso pode ter um impacto negativo em sua identidade e comportamento subsequente. Não obstante, os próprios participantes enfatizaram a natureza heterogênea do espectro do autismo e usaram o espectro, ou seja, os diferentes graus de manifestação dos sintomas, para diferenciar como as pessoas podem ser estereotipadas de acordo com o grau que manifestam, cujo o extremo severo atrairia mais estereótipos negativos.

De modo geral, segundo Runswick-Cole, Mallett e Timimi (2016), estereótipos clássicos atribuídos às pessoas autistas

retratam-nas como sozinhas e antissociais, sem empatia e infelizes. Outros estereótipos retratam as pessoas autistas como perigosas, imprevisíveis e incontroláveis, como doentes mentais ou loucas (JOHN; KNOTT; HARVEY, 2017), além de apresentarem uma série de características negativas perturbadoras para os outros (WHITE *et al.*, 2016), e serem silenciosas e sem emoção (HARNUM; DUFFY; FERGUSON, 2007). No contexto brasileiro, o qual carece de estudos sobre estereótipos atribuídos às pessoas autistas, vigora a percepção dessas pessoas por meio de ideias de menos-valia, incapacidade, infantilização, subestimação, medo e rejeição como atesta Orrú (2013). A autora relata que, no Brasil, construiu-se uma imagem de que indivíduos com autismo são agressivos, uma ameaça aos demais, o que endossa atitudes de preconceito e obstaculiza a inclusão social dessas pessoas.

A impressão geral estabelecida pelos estudos da literatura aqui mencionados nos permite elucidar que o autismo tem sido assimilado e pessoas autistas têm sido representadas e percebidas por meio da ideia de uma estranheza, uma doença que as tornam inacessíveis pelos outros por estarem presas em um mundo próprio em que elas vivenciam sua solitária loucura. Pode-se constatar que a investigação das representações sociais e seus elementos constitutivos, como os estereótipos, fornecem informações sobre como a sociedade tem se relacionado com o

autismo ao longo do tempo. Logo, juntas, as representações e estereótipos, não somente auxiliam na assimilação e elaboração do que é o autismo e quem são as pessoas autistas, mas justificam práticas sociais, guiam e orientam atitudes como, por exemplo, o preconceito.

1.3 Reflexões sobre preconceito contra pessoas autistas

Como afirma Lima (2020), não é simples definir o preconceito, são muitas as perspectivas sobre ele e, portanto, as definições. Mas, diante delas, parte-se do conceito elaborado por Gordon Allport (1954), para quem o preconceito consiste em uma antipatia baseada em uma generalização distorcida e inflexível, sentida ou expressada contra um grupo como um todo ou contra um membro desse grupo apenas por fazer parte dele. Direcionado a vários grupos socialmente desvalorizados, o preconceito é um fenômeno antigo no decurso da civilização. Como uma forma de relação intergrupar baseada em relações de poder e discursos ideológicos, ele pode, inclusive, ser dirigido contra grupos sobre os quais pouco se sabe (LIMA *et al.*, 2006). Por muito tempo, quase nada se conhecia sobre o que hoje é o TEA, haja vista sua história recente; contudo, o preconceito já estava presente, na pré-história do transtorno, quando era percebido sob à óptica da loucura.

Para falar sobre preconceito contra pessoas autistas optou-se por discorrer sobre as representações sociais sobre o autismo e sobre os estereótipos atribuídos às pessoas com TEA, pois, como uma atitude, o preconceito é composto por aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais. Melhor dizendo, o preconceito é antecedido de crenças, percepções e emoções, e leva a um comportamento. Trata-se de um esquema importante, posto que os estereótipos são os componentes cognitivos que predizem o preconceito juntamente com as emoções, hostis, e ele, por sua vez, pode resultar no comportamento da discriminação (LIMA, 2020). A representação social, com sua função simbólica, auxilia na compreensão desse esquema, pois, dialeticamente, influencia e é influenciado por ele, permeando o campo social em suas diversas dimensões. Neste capítulo, considerou-se a representação social, portanto, como o conceito amplo que fornece informações sobre a cadência da assimilação de um objeto representacional pela sociedade.

De acordo com Allport (1954), pode-se entender o preconceito a partir dos fatores históricos, levando em consideração as características dos indivíduos ou a percepção sobre elas que resultem em menosprezo. Destacou-se dois marcos históricos, neste capítulo, que demonstram a relação do autismo com o que hoje se concebe como transtornos mentais, a loucura e

a esquizofrenia. O preconceito contra pessoas com transtornos mentais é uma realidade, sendo a elas atribuídos estereótipos de cunho negativo, caracterizando-as como incapazes, desajustadas, descontroladas, imprevisíveis, perigosas, agressivas e que causam medo (MACIEL *et al.*, 2008; CORRIGAN; POWELL; MICHAELS, 2014; SOUSA *et al.*, 2016). Logo, as pessoas com transtornos mentais têm sido representadas, sobretudo, como uma ameaça ao bem-estar coletivo e à integridade física das demais pessoas por meio de uma imagem social negativa. Melo (2017), em estudo sobre preconceito e esquizofrenia, observou que a percepção de que as pessoas com esse diagnóstico são uma ameaça é caracterizada pelas noções de periculosidade e imprevisibilidade, o que motiva e justifica o distanciamento social, o preconceito e, consequentemente, a discriminação e a exclusão social.

Nessa lógica, o autismo compartilharia com as ditas doenças mentais um arcabouço de cognições que atuam ativamente nas dinâmicas sociais de manutenção do preconceito, afinal, como vimos nos tópicos anteriores, alguns estudos mostram que o autismo foi representado como uma doença (DACHEZ; NDOBO; NAVARRO CARRASCAL, 2016; CASTRO *et al.*, 2017; DIAS *et al.*, 2020), como algo que difere do normal (FONDELLI; ROBER, 2016), além compartilhar estereótipos com as pessoas com transtornos mentais como: incapazes, estranhos,

doentes mentais, loucas, perigosas, sem empatia, sem emoções, antissociais, entre outros (KINNEAR *et al.*, 2015; WHITMAN, 2015; JOHN; KNOTT; HARVEY, 2017; RUNSWICK-COLE; MALLET; TIMIMI, 2016). Ao serem percebidas por meio desses estereótipos, as pessoas autistas são afastadas do que pode ser considerada a ideia de ser “humano típico”, aquele que, de acordo com Bain, Vaes e Leyens (2014) citado por Lima (2020), possuem características que o diferenciam de máquinas e de outros “animais”, demonstram emoções, adaptam-se aos contextos, possuem raciocínio abstrato e aprendem outras qualidades pela socialização. Se considerarmos os estereótipos de incapacidade e de estranheza juntamente com a ideia de que as pessoas autistas não possuem emoções, nem são empáticas e são antissociais, a noção de ser humano típico é descartada no autismo e ocorre, então, a infra-humanização dessas pessoas, que se refere à percepção do outro como menos humano.

A infra-humanização consiste em uma estratégia perceptiva que, conforme Lima (2020), serve para diferenciar o “nós” do “eles”, ou seja, dois grupos, o endogrupo e o exogrupo, sendo essa diferenciação entre grupos resultado da categorização de pessoas o pressuposto básico da Teoria da Identidade Social proposta por Henri Tajfel (1981). Para Tajfel (1981), o preconceito é um processo racional que parte dessa diferenciação entre grupos, cuja

necessidade que temos de manter uma identidade social positiva leva ao favorecimento do próprio grupo (endogrupo) em detrimento do outro grupo (exogrupo). Todavia, indo além das questões identitárias, o preconceito também supõe a existência e garantia das relações de poder e dominação. E sobre isso Blumer (1958) citado por Lima (2020), ao formular sua Teoria do Senso de Posição Grupal, destacou que o preconceito se baseia no sentimento de superioridade, em que o grupo dominante se vale de estereótipos negativos para caracterizar o outro grupo, dominado; na ideia de que os membros do outro grupo são outro tipo de pessoas, não sentem e não pensam da mesma forma que o grupo dominante; no sentimento do grupo dominante de que detém, com legitimidade, os recursos e as posições de *status*; e o medo de que os dominados ameacem o domínio.

Salienta-se, no entanto, que o preconceito não possui a mesma explicação para todos os grupos minoritários aos quais é dirigido. Lima (2020) nos lembra que há preconceitos mais influenciados pela idealização de formas de ser e outros mais influenciados pelas hierarquias de poder, sobre os quais as dimensões cognitiva ou afetiva definem diferentes configurações. Melo (2017), no seu estudo sobre o preconceito contra pessoas com esquizofrenia, constatou que permanece vigente o preconceito na sua maneira mais direta, sem ser encoberto,

mesmo em contexto de normas antipreconceito. E isso se dá devido à percepção de que pessoas com esquizofrenia são uma ameaça à integridade física dos demais. Trata-se de um preconceito mais racional, portanto, de ênfase mais cognitiva, daí a importância da investigação e do levantamento das representações e estereótipos.

Ante a isso, considerando as representações sobre o autismo e os estereótipos sobre as pessoas autistas descritos nos tópicos anteriores, pode-se refletir sobre o preconceito em relação ao autismo, se ele se apresenta de forma semelhante à que Melo (2017) relata com relação à esquizofrenia. Contudo, embora tenham sido feitas grandes incursões na compreensão do autismo desde a sua primeira descrição, Wood e Freeth (2016) destacam a extrema escassez de conhecimento sobre questões sociais relevantes, a exemplo do preconceito contra pessoas autistas. De acordo com John, Knott e Harvey (2017), as experiências relacionadas ao preconceito, bem como à estigmatização, à discriminação e à exclusão de pessoas autistas e suas famílias têm sido negligenciadas. E aqui está o propósito deste capítulo, atentar para a necessidade de compreender aspectos importantes, que extrapolam o diagnóstico, mas que dificultam tanto ou mais a vida das pessoas com TEA em uma dimensão psicossocial.

Diante de uma sociedade cujas dinâmicas das relações intergrupais se mantêm sustentadas pela desigualdade entre os grupos, discriminando e excluindo aqueles considerados “inferiores”, “improdutivos”, “incapazes” e “problemáticos”, cabe mencionar que valores relacionados à igualdade entre as pessoas e grupos e à ética ganharam visibilidade nas últimas décadas. Seria lógico inferir que, com as normas sociais que condenam preconceito circulando nas representações e mediando a relação entre os grupos, diminuiria o preconceito (VALA; MONTEIRO, 2013). Porém, de acordo com Dachez, Ndobó e Ameline (2015), os atuais sistemas de mídia mantêm muitos discursos públicos que produzem preconceitos, ideias não fundamentadas e representações negativas sobre as pessoas autistas. Isso continua alimentando o preconceito contra pessoas com autismo na escola, no local de trabalho e na sociedade como um todo, dificultando que essas pessoas tenham seus direitos atendidos. Inclusive, o próprio sistema de saúde e assistência reproduz essa dinâmica, quando, por exemplo, um discurso médico reforça estereótipos de incapacidade, como Dias (2017) relata, em estudo com mães de pessoas autistas, que uma delas disse ouvir do médico que diagnosticou seu filho, ainda criança, que ele seria seu dependente o resto da vida, que não iria “melhorar” nunca. Ou seja, os estereótipos e as representações de cunho negativo que a

sociedade construiu a respeito das pessoas autistas estão enraizados no próprio discurso de quem, especialmente, deveria estimular o desenvolvimento das potencialidades dessas pessoas.

Segundo Dachez, Ndohe e Ameline (2015), as discriminações experimentadas por pessoas com TEA raramente são pesquisadas. Na literatura nacional, por exemplo, o preconceito contra as pessoas com autismo é tratado, predominantemente, como consequência das representações e percepções que se tem sobre o TEA e como um desafio a ser enfrentado pelas pessoas autistas e suas famílias (SEGEREN; FRANÇOZO, 2014; CARDOSO; FRANÇOZO, 2015; MINATEL; MATSUKURA, 2016; DIAS, 2017). Todavia, mesmo de maneira não aprofundada, a literatura aponta que as pessoas autistas encontram altos níveis de exclusão social em sua vida diária (OBEID *et al.*, 2015) como consequência do preconceito que sofrem. John, Knott e Harvey (2017) salientam que adultos e adolescentes com autismo relatam sentir-se estigmatizados e excluídos por seus pares durante os encontros sociais. E, dessa forma, podemos refletir que tais dados demonstram os efeitos das práticas sociais que endossam as maneiras pelas quais as pessoas com autismo são percebidas socialmente.

De maneira geral, trata-se de um tema complexo e a intenção deste capítulo foi enfatizar a necessidade de sua

investigação, uma vez que a escassez de estudos sobre o preconceito dificulta ainda mais o seu combate. Isso porque, como alerta Lima (2020), o preconceito tem muitas consequências, afeta todos os níveis da vida social e suas marcas perduram no tempo; logo, faz-se fundamentalmente importante compreendê-lo para, só assim, combatê-lo. Portanto, acredita-se que estudos sobre o autismo em uma perspectiva psicossocial, que busquem se debruçar nos processos e dinâmicas sociais que impactam diretamente a dignidade e a qualidade de vida das pessoas com autismo e suas famílias, são de grande relevância para, não “apenas” combater o preconceito, mas, sobretudo, promover verdadeiramente a inclusão social, aquela defendida por Sawaia (2014), que não se refere à uniformização e eleição de modelos únicos, mas à valorização da diversidade de necessidades.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir, diante do exposto, que o tema ainda está em uma fase inicial de investigação, principalmente no tocante a estudos empíricos, o que ratifica a necessidade de pesquisas que possam investigar o autismo sob uma perspectiva psicossocial, enfatizando fenômenos como o preconceito. No geral, estudos de representação e estereótipos demonstram que pessoas autistas

são percebidas de forma negativa, tal como as pessoas com esquizofrenia e outros transtornos mentais, o que propulsiona atitudes preconceituosas que levam à discriminação e à exclusão social.

Por não ser um fenômeno simples na sua compreensão, nem na sua expressão, o preconceito possui vários desdobramentos que necessitam ser investigados, uma vez que seus impactos atingem todas as dimensões da vida social. Uma das questões mais importantes nesse sentido é o sofrimento de pessoas com autismo e de suas famílias. As representações e estereótipos negativos sobre o autismo e a pessoa autista, frequentemente propagados na mídia, nas comunicações informais e, inclusive nos ambientes de formação profissional, localizam a pessoa autista em um lugar de incapacidade. Esses fenômenos psicossociais, que não são descolados da sociedade, mas são fruto dela, desempenham um papel relevante no fortalecimento da discriminação e da exclusão social. Utilizando uma analogia, criam-se caixas de paredes muito grossas que cercam as pessoas autistas e essas barreiras, criadas e mantidas socialmente, pode-se dizer que são muito mais difíceis de transpor do que as que são próprias do transtorno, intensificando desafios e sofrimento a todos os envolvidos: as pessoas autistas, suas famílias, amigos, profissionais engajados, entre outros.

Nesse sentido, é necessário que mais pesquisas se debrucem na experiência de viver com autismo, principalmente no que se refere às dinâmicas sociais que envolvem, ou deixam de envolver, esses indivíduos, no intuito de compreender o impacto que o preconceito tem em suas vidas e fomentar estratégias de redução deste. Ainda considerando as dificuldades geradas pelo preconceito contra a pessoa autista, faz-se relevante que outras pesquisas explorem o cruzamento de outras inserções que historicamente estão associadas ao preconceito para entender como essas camadas interagem e afetam esses indivíduos visto que uma sociedade alicerçada na desigualdade produz, intensificando cada vez mais, a exclusão social.

Outro desdobramento do preconceito é o de endossar representações e estereótipos de cunho limitante, juntamente com a desconsideração da variação na maneira como o autismo se manifesta em termos de sintomas, pode dificultar o desenvolvimento de campanhas direcionadas e de conscientização social em prol da inclusão e do combate ao preconceito frente às pessoas autistas. Logo, acredita-se que é de fundamental importância atuar na disseminação de informações que desmistifiquem o transtorno, focando na sua natureza heterogênea, por exemplo, para proporcionar direcionamentos na formulação de campanhas de conscientização pública, melhorando

a compreensão sobre autismo e, como resultado, promovendo inclusão e qualidade de vida para as pessoas com o transtorno.

Por fim, sobre políticas de inclusão, salienta-se que elas devem ser implementadas desde a infância, promovendo diagnóstico precoce e acompanhamento especializado a fim de promover qualidade de vida e independência à pessoa autista, mas é preciso atentar que o TEA não é algo somente da infância (apesar de os estereótipos enfatizarem o contrário). É preciso a elaboração de políticas que garantam às pessoas o direito que têm de estar em todos os espaços em qualquer fase de seu desenvolvimento: nas universidades, no mercado de trabalho, acessando serviços, nos espaços urbanos e de lazer, de fato incluídas na sociedade. Assim, entende-se que fenômenos socialmente construídos necessitam ser socialmente desconstruídos, e para isso é necessária a articulação que passa tanto por políticas governamentais quanto por meios de acesso à informação, entidades de apoio ao TEA, profissionais, famílias, indivíduos lutando por seus direitos e visibilidade de sua causa e a população em geral. A ciência pode contribuir para que essas articulações e pontes sejam feitas e foi com esse intuito que esse capítulo foi pensado, visando impulsionar novas pesquisas, avanços, sempre na perspectiva de superar as caixas criadas com paredes muito grossas, difíceis, mas não impossíveis de transpor.

REFERÊNCIAS

ALLPORT, G. **The nature of prejudice**. Cambridge: Addison-Wesley, 1954.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S. A Teoria das Representações Sociais. In: TORRES, C. V. & NEIVA, E. R. (Orgs.). **Psicologia Social: principais temas e vertentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 288-295.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BATISTA, J. R. M.; LEITE, E. L.; TORRES, A. R. R.; CAMINO, L. Negros e Nordestinos: similaridades nos estereótipos raciais e regionais. **Psicologia Política**, v. 7, n. 3, p. 325-345, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

CARDOSO, M. F.; FRANÇOZO, M. F. C. Jovens irmãos de autistas: Expectativas, sentimentos e convívio. *Revista Saúde*, v. 41, n. 2, p. 87-98, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583415338>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/revistasau-de/article/view/15338>

CASTRO, A.; PACHECO, T. R.; FERNANDES, C. P.; RÉUS, G. O.; BROGNOLI, M. O. Representações sociais do autismo. **Revista Inova Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1-3, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/4188>

CHAVES, A. M.; SILVA, P. D. Representações Sociais. In: CAMINO, L. *et al.* (Orgs.). **Psicologia Social: Temas e Teorias**. Brasília: Technopolitik, 2013. p. 413-464.

CORRIGAN, P. W.; POWELL, K. J.; MICHAELS, P. J. Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. **Psychiatry Research**, v. 215, n. 2, p. 466-70, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.006>. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178113007695>

DACHEZ, J.; N'DOBO, A.; AMELINE, A. French Validation of the Multidimensional Attitude Scale Toward Persons with Disabilities (MAS): The Case of Attitudes Toward Autism and Their Moderating Factors. **J Autism Dev Disord**, v. 45, p. 2508–2518, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-015-2417-6>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-015-2417-6>

DACHEZ, J.; N'DOBO, A.; NAVARRO CARRASCAL, O. Représentation sociale de l'autisme. **Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, v. 4, n. 112, p. 477-500, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.3917/cips.112.0477>. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2016-4-page-477.htm>

DIAS, C. C. V. *et al.* Mudanças de estereótipos e representações sociais: desafios para a superação do preconceito frente à doença mental. In: MACIEL, S. C.; DIAS, C. C. V.; PEREIRA, C. A. (Orgs.). **Saúde Mental e Dependência Química** – políticas de cuidado e inclusão social. João Pessoa: Ideia, 2018. p. 119-144.

Dias, C. C. V., Maciel, S. C., Silva, J. V. C., Menezes, T. S. B. Representações sociais sobre o autismo elaboradas por estudantes universitários. 2020. No prelo.

DIAS, C. C. V. **Mães de crianças autistas: sobrecarga do cuidador e representações sociais sobre o autismo**. 2017. 173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João

Pessoa, 2017.

DOISE, W. Da psicologia social à psicologia social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 027-035, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722002000100004>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0102-37722002000100004&lng=en&nrm=iso>

DOVAN, J.; ZUCKER, C. **Outra sintonia: a história do autismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

DRAAISMA, D. (2009). Stereotypes of autism. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, v 364, n. 1522, p. 1475-1480, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2008.0324>. Disponível em: <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2008.0324>

FADDA, G. M.; CURY, V. E. O enigma do autismo: contribuições sobre a etiologia do transtorno. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 3, p. 411-423, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoles-tud.v21i3.30709>. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/30709>

FARRUGIA, D. Exploring stigma: Medical knowledge and the stigmatization of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. **Sociology of Health & Illness**, v. 31, n. 7, p. 1011-1027, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01174.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9566.2009.01174.x>

FERNANDES, A. A. S. **Autismo: ensinar aprendendo e aprender ensinando**. Votuporanga: Clube de Autores, 2016.

FONDELLI, T.; ROBER, P. "He also has the right to be who he is...". An exploration of how Young people socially represent autism. **In-**

ternational Journal of Inclusive Education, v. 21, n. 7, p. 701-713, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13603116.2016.1252431>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13603116.2016.1252431>

GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 2, p. 83-94, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300011>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

GOMES, P. *et al.* Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 2, p. 111-121, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2014.08.009>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002175571400165X?via%3Dihub>

GUEDES, N. P. S.; TADA, I. N. C. A Produção Científica Brasileira sobre Autismo na Psicologia e na Educação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 303-309, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015032188303309>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722015000300303&lng=pt&tlng=pt

HARNUM, M.; DUFFY, J.; FERGUSON, D. A. Adults' versus children's perceptions of a child with autism or attention deficit hyperactivity disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 37, n. 7, p. 1337-1343, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-006-0273-0>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17080272/>

HULL, L. *et al.* "Putting on my best normal": social camouflaging in

adults with Autism Spectrum Conditions. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 47, n. 8, p. 2519- 2534, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-017-3166-5>

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.17-41.

JOHN, R. S.; KNOTT, F. J.; HARVEY, K. N. Myths about autism: An exploratory study using focus groups. **Autism**, v. 22, n. 7, p. 845-854, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1362361317714990>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1362361317714990>

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003. p. 63-85.

KANNER, L. **Autistic disturbances of affective contact**. 1943. Disponível em: http://neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf

KANNER, L.; EISENBERG, L. Early infantile autism: 1943-1955. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 26, p. 55-65, 1956. DOI: <http://dx.doi.org/10.4159/harvard.9780674367012.c2>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13432078/>

KINNEAR, S. H. *et al.* Understanding the Experience of Stigma for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder and the Role Stigma Plays in Families' Lives. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 46, n. 3, p. 942-953, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-015-2637-9> Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10803-015-2637-9>

LAMPREIA, C. Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 17, n. 1, p. 111-120, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000100014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

LIMA, M. E. O. *et al.* Normas Sociais e Preconceito: O Impacto da Igualdade e da Competição no Preconceito Automático Contra os Negros. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 309-319, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000200018>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

LIMA, M. E. O. **Psicologia Social do Preconceito e do Racismo**. São Paulo: Blucher, 2020.

LOPES, M. T. V. **Inclusão das crianças autistas**. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Departamento de Ciências da Educação, Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa, 2011.

MACIEL, S. C. *et al.* Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF**, v. 13, n. 1, p. 115-124, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712008000100014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000100014&lng=pt&tlng=pt

MAZET, P.; LEOVICI, S. **Autismo e psicoses da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MELO, J. R. F. **Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos**. 2017. 205 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

MENDONÇA, A. P.; LIMA, M. E. O. Representações sociais e cognição social. **Psicologia e Saber Social**, v. 3, n. 2, p. 191-206, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2014.14470>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-saber-social/article/view/14470>

MINATEL, M. M.; MATSUKURA, T. S. Familiares de crianças e adolescentes com autismo: percepções do contexto escolar. **Revista Educação Especial**, v. 28, n. 52, p. 429-442, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/1984686X14708>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/educacaoespecial/article/view/14708>

MOSCOVICI, S. Os ciganos entre perseguição e emancipação. **Sociedade e Estado**, v. 24, n. 3, p. 653-678, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010269922009000300003&script=sci_abstract&tlng=pt

MOSCOVICI, S. **Psicologia de las Minorias Activas**. Madrid: Ediciones Morata, 1981.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

OBEID, R. *et al.* A Cross-Cultural Comparison of Knowledge and Stigma Associated with Autism Spectrum Disorder Among College Students in Lebanon and the United States. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 45, n. 11, p. 3520-3536, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-015-2499-1>. Disponível

em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10803-015-2499-1>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORRÚ, S. E. O perigo da supervalorização do diagnóstico: rótulos introdutórios ao fracasso escolar de crianças com autismo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 1419- 1429, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/192/181>

PAIVA JUNIOR, F. **Nova classificação de doenças, CID-11, unifica Transtorno do Espectro do Autismo: 6A02**. 2018. Disponível em: <http://tismoo.us/saude/diagnostico/nova-classificacao-de-doencas-cid-11-unifica-transtorno-do-espectro-do-autismo-6a02/>

PAIVA, V. S. F. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 531-549, 2013. DOI: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE00-PT>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/v21n3a02.pdf>

POIRIER, N.; CAPPE, É. Les dispositifs scolaires québécois et français offerts aux élèves ayant un trouble du spectre de l'autisme. **Bulletin de psychologie**, v. 4, n. 544, p. 267-278, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.3917/bupsy.544.0267>. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2016-4-page-267.htm>

RAPIN, I.; TUCHMAN, R. F. Onde estamos: Visão geral e definições. In: Tuchman, R.; Rapin, I. (Orgs.). **Autismo: abordagem neurológica**. Porto Alegre: Artmed, 2009 (faltou as páginas).

RUNSWICK-COLE, K.; MALLETT, R.; TIMIMI, S. **Re-Thinking Autism: Diagnosis, Identity and Equality**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2016.

SANTOS, M. A.; SANTOS, M. F. S. Representações sociais de professores sobre o autismo infantil. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 364-372, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000200014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200014&lng=pt&tlng=pt

SARRETT, J. Trapped Children: Popular Images of Children with Autism in the 1960s and 2000s. **Bioethics Quarterly**, v. 32, n. 2, p. 141-53, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10912-010-9135-z>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10912-010-9135-z>

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão** – análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2014.

SEGEREN, L.; FRANÇOZO, M. F. C. As vivências de mães de jovens autistas. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 1, 39-46, 2014. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-7372189590004>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100006

SILVERMAN, C.; BROSCO, J. P. Understanding autism: Parents and pediatricians in historical perspective. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, v. 161, n. 4, p. 392-398, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.161.4.392>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17404137/>

SOUSA, P. F. *et al.* Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 527-538, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712016210307>. Dispo-

nível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1413-82712016000300527&lng=pt&tlng=pt

TAJFEL, H. Comportamento intergrupo e psicologia social da mudança. In: BARROSO, A. *et al.* (Orgs.), **Mudança social e psicologia social**. Lisboa: Livros Horizonte, 1980. p. 13-24.

TAJFEL, H. **Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology**. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.

TECHIO, E. (2011). Estereótipos sociais como preditores das relações intergrupais. In: TECHIO, E. M.; LIMA, M. E. O. (Orgs.), **Cultura e produção das diferenças**: Estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal. Brasília: TechnoPolitik, 2011. p. 21-75.

TREWEEK, C. *et al.* Autistic people's perspectives on stereotypes: An interpretative phenomenological analysis. **Autism**, 2-11, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1362361318778286>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1362361318778286>

VALA, J. Representações sociais e percepções intergrupais. **Análise Social**, v. 32, n. 140. 1997. Disponível em: www.jstor.org/stable/41011254

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013.

WACHELKE, J. F. R. O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 313-320, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200019>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-

text&pid=S1413-294X2005000200019&lng=pt&tlng=pt

WEISHEIMER, I. C. Criança com a síndrome de asperger: esteriótipos, preconceitos e discriminação no âmbito escolar. **Revista Thema et Scientia**, v. 7, n. 2, p. 89-106, 2017. Disponível em: <http://www.themaetscientia.com/index.php/RTES/article/view/762/778>

WHITE, D. *et al.* College students' knowledge and attitudes towards students on the autism spectrum. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 46, n. 5, p. 1-7, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-016-2818-1>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27230760/>

WHITMAN, T. L. **O desenvolvimento do autismo**. São Paulo: M.Books do Brasil Editora, 2015.

WOOD, C.; FREETH, M. Students' Stereotypes of Autism. **Journal of Educational Issues**, v. 2, n. 2, p. 131-140, 2016. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1127546>

CAPÍTULO 3

USO DO DESENHO DE FAMÍLIA COM ESTÓRIAS PARA ACESSAR AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CRIANÇAS ABRIGADAS¹

Silvana Carneiro Maciel

Rayanni Carlos da Silva

Linniker Matheus Soares de Moura

1 INTRODUÇÃO

Família, família, papai, mamãe, titia
Família, família, almoça junto todo dia
Nunca perde essa mania [...]

Família, família, vovô, vovó, sobrinha

Família, família, cachorro, gato, galinha, família, famí-
lia, vive junto todo dia, nunca perde essa mania [...]
(TITÃS, 1986).

Escrever sobre crianças abrigadas e as representações que elas têm sobre a família não constitui um trabalho fácil tendo em vista que o conceito de família, nos dias atuais, é complexo e plural; além de remontar a toda uma carga vivencial e afetiva destas crianças em situação de acolhimento institucional ao

¹ Os dados apresentados foram parte da dissertação de TÁTIA MIRELLIS DE OLIVEIRA ALEXANDRE; (2017) e fruto de uma pesquisa PIBIC da 2ª autora; ambos orientados pela Profa Dra Silvana Maciel. Toda a parte teórica do capítulo é inédita e construída para essa publicação.

falarem sobre família. Mesmo assim aceitamos o desafio por entendermos a relevância social e a necessidade mais estudos sobre a temática.

Neste capítulo daremos espaços às vozes de crianças institucionalizadas através de um método de pesquisa lúdico e projetivo, o desenho-estória, de modo acessar de forma mais fácil, mais clara e menos dolorosa as questões que envolvem a temática da família, na busca de tornar esse tema mais visível e também contribuir para o avanço de políticas públicas na área do acolhimento de crianças institucionalizadas. A perspectiva teórica utilizada para as reflexões será a Teoria das Representações Sociais (TRS), visto que esta se adequa de forma satisfatória ao nosso objetivo, por ser uma teoria que está na interface do individual e do social e entende o sujeito como produtor e produto de sua realidade.

Mas para falarmos adequadamente sobre família se faz necessário nos despirmos de preconceitos, de visões estereotipadas e arcaicas, compreendendo que as representações que temos sobre os objetos sociais não são estáticas nem pré-existentes, elas estão relacionadas às inserções sociais dos atores e aos contextos de produção. Com tal compreensão adentramos um pouco em seu histórico com o intuito de vislumbrarmos as transformações ocorridas ao longo dos anos no âmbito social,

econômico, político e cultural; os quais exerceram interferência real na dinâmica e na estruturação das famílias; auxiliando-nos a resgatar questões sobre família, criança e abrigo, de formas a compreendermos o que existe hoje e como essas temáticas se articularam ao longo dos anos na representação social da família.

2 FAMÍLIA, CRIANÇAS ABRIGADAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: REFLEXÕES E ARTICULAÇÕES TEÓRICAS

Zilles (2002) nos lembra de que ao falar sobre família sobressai a sua dubiedade, pois por um lado a família é um fenômeno da natureza, mas por outro é uma instituição construída socialmente, onde ela pode ser concebida de diferentes formas a depender do pano de fundo constituído, o qual pode ser vinculado ao contexto histórico, cultural e até ao emaranhado de emoções.

Acerca da história da família, Santana (2015) faz um apanhado histórico e destaca que desde os tempos greco-romanos, na Roma antiga, a concepção da família era vinculada ao “*Pater familias*”, significando, literalmente, “pai de família”, onde o poder familiar estava centrado na figura masculina, cabendo à mulher papel secundário para realizar as funções domésticas. Lembra ainda que durante a Idade Média a família era regida exclusivamente pelo direito canônico que regulava não somente as relações entre homens e mulheres, mas também as relações com o

Estado. Para Alves (2014) no período da hegemonia da Igreja Católica e sua expansão pelo ocidente o ideal de família era formado exclusivamente pelo matrimônio entre homem e mulher, e essa ideia foi disseminada, juntamente com a hierarquia do homem e o incentivo à reprodução. Mas o autor lembra que no século XX novas transformações ocorreram em função das duas grandes guerras mundiais, do crescimento do capitalismo e da Revolução Industrial, fatos estes que marcaram uma nova função social da mulher e sua inserção no mercado de trabalho.

Com o passar dos anos a família enquanto instituição passou a receber proteção especial do Estado e fez aflorar a igualdade entre os conjugues para exercer o poder familiar. No Brasil, isso foi garantido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) que trouxe grandes mudanças com relação à proteção dos direitos da família, garantindo desta forma sua assistência através da sociedade e do Estado. Hoje as legislações asseguram o bem estar da família moderna, e estende para todos os arranjos familiares o reconhecimento jurídico e o amparo do Poder Público.

Assim, observa-se que os papéis, a estrutura e o funcionamento das famílias sofreram modificações ao longo do tempo acarretando novos sentidos, nova estruturação e nova dinâmica, e em função disso, lembram Lauz e Borges (2013),

diversos tipos de relações sociofamiliares coexistem na sociedade de hoje. Sobre isso, Melo (2011) afirma que na atualidade é possível observar na sociedade diferentes concepções e formações familiares, como: família nuclear constituída por pais e filhos; famílias monoparentais constituídas apenas por um dos genitores, pai ou mãe; famílias denominadas reconstituídas, formadas por filhos advindos de casamentos anteriores dos conjugues; famílias formadas por casais homoafetivos e também as famílias consideradas como “extensas” ou “ampliadas”, que agregam outras unidades para além dos pais e filhos, como avós, tios, primos de diversos graus que residam ou não no mesmo ambiente. Nota-se, então, que não podemos falar apenas de uma única formação familiar, nem de considerar um único arranjo como “modelo” ou “família ideal”, hoje o que de fato se destaca e se almeja é que, independente do tipo de formação, a família seja capaz de exercer sua função social e afetiva de proteção e de socialização.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no seu Art. 2º, considera como criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e define como família natural, no seu Art. 25.,

a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes; e por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade.

de. , sendo que os filhos, havidos ou não da relação do casamento ou por adoção, possuem os mesmos direitos e qualificações (BRASIL, 1990).

Na verdade, a instituição familiar precisou se adequar às novas transformações e exigências sociais, como mudanças na cultura, nos hábitos e costumes e até mesmo nas questões morais; de forma que não apenas o conceito de família tivesse que mudar e se adequar, mas, sobretudo, as atribuições e papéis sociais de cada integrante da família. E para atender essas necessidades as legislações também tiveram que se reconfigurar, não regidas unicamente aos preceitos ditados pelo casamento entre homem e mulher, mas tendo como pano de fundo os laços afetivos de união, amor e carinho. No que se refere a isso, Pizzi (2012) afirma que as entidades familiares vão além do campo estabelecido pelas barreiras jurídicas e cada vez mais se firmam sobre a questão do afeto. No dizer de Silva (2012), a família não apenas se vincula ao papel da reprodução, mas, sobretudo, ao papel de proporcionar a socialização através de cuidados para sobrevivência e de afeto.

Contudo, apesar de todas as mudanças na conjuntura social, cultural, político-jurídica, agregando-se à pluralidade de arranjos familiares, Papalia e Feldman (2013) afirmam que o modelo de família nuclear ainda se faz presente na nossa sociedade, embora já se aceitando a família ampliada com a inserção dos avós, tios e primos. Nesta direção, Lauz e Borges

(2013) afirmam que as pesquisas com crianças abrigadas demonstram que elas ainda representam a família nos padrões do modelo de família nuclear.

Sobre a família, de acordo com o ECA (lei n.8.069, de 13 de julho de 1990), no Art. 19.,

É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral (BRASIL, 1990).

Contudo, mesmo que a família seja considerada como a fonte primária de proteção e cuidado para com as crianças, em alguns casos algumas famílias possuem dificuldades em desempenhar o papel de cuidadora e protetora, isso relacionado a variáveis diversas como violência doméstica, uso de drogas, abuso sexual, negligência e abandono, fazendo surgir a necessidade da institucionalização das crianças (HABIGZANG; KOLLER, 2012).

Lauz e Borges (2013) alertam que quando a família falha na função protetiva, quando a criança e/ou o adolescente têm seus direitos ameaçados ou violados são encaminhados às instituições de acolhimento como alternativa para fazer cessar o processo de risco no qual se encontram envolvidos. Assim as legislações brasileiras asseguram a proteção das crianças e adolescentes e preveem a institucionalização temporariamente, de forma a

assegurar o vínculo familiar, o não desmembramento do grupo de irmãos e buscar retorno breve à família de origem.

O ECA prevê o acolhimento institucional destacando em seu Art. 19, parágrafo § 1º e parágrafo § 2º, que:

Toda criança ou adolescente que estiver inserido em programa de acolhimento familiar ou institucional terá sua situação reavaliada, no máximo, a cada 3 (três) meses.

A permanência da criança e do adolescente em programa de acolhimento institucional não se prolongará por mais de 18 (dezoito meses), salvo comprovada necessidade que atenda ao seu superior interesse, devidamente fundamentada pela autoridade judiciária (BRASIL, 1990).

O Acolhimento institucional, assim como a família, passou por intensos processos de mudanças. Rossetti-Ferreira, Serrano e Almeida (2011) destacam que se passou da considerada “roda dos expostos”, vinculadas às igrejas onde eram deixadas as crianças não desejadas, em situações relacionadas à miséria financeira, à dissolução da família, à morte ou abandono dos pais e até mesmo à ilegitimidade familiar, para serem cuidadas nas denominadas Santas Casas de Misericórdia; até chegar às atuais instituições de acolhimento no preconizado pela Lei nº 12.010 (Brasil, 2009), buscando garantir os direitos à convivência familiar e comunitária das crianças e adolescentes acolhidos.

Apesar do importante papel da família no desenvolvimento biológico, socioafetivo e na estruturação da personalidade de uma criança e adolescente, nem sempre existe na família um ambiente favorável para o desenvolvimento saudável. Melo (2011) diz que são muito frequentes situações de maus-tratos e abandono, acarretando prejuízos no desenvolvimento biopsicossocial da criança. Em pesquisa realizada por Fávero, Vitale e Baptista (2008) para conhecer o perfil das famílias de crianças e adolescentes abrigados, encontraram-se diversas condições de vulnerabilidade como: abuso sexual, violência doméstica, gravidez na adolescência, negligência familiar, associadas às precárias condições econômicas para manutenção das necessidades básicas.

Furlan e Souza (2014) lembram que quando há alguma situação de violação dos direitos das crianças e adolescentes de forma a existir uma necessidade de intervenção do Estado com afastamento do meio familiar para garantir proteção, ainda assim é necessário que o retorno ao convívio familiar seja o mais breve possível, não devendo exceder dois anos, exceto em casos de impossibilidade de retorno, onde a criança ou adolescente deva ser encaminhado a uma família substituta por adoção, conforme preconizado na legislação vigente. Assim, embora o acolhimento institucional seja vista como uma medida social protetiva,

considera-se que só deva ser empregada em caráter excepcional e provisório conforme previsto no Art. 92 do ECA (BRASIL, 1990).

Ao falar sobre a instituição de acolhimento, Siqueira e Dell’Aglio (2006) afirmam que estas são um importante contexto de desenvolvimento e que já avançaram muito em qualidade após o ECA, mas que também podem trazer prejuízos aos indivíduos; destacando a necessidade de ações nas instituições que trabalhem diretamente com a equipe para melhoria das condições de trabalho e diminuição da rotatividade, e que entendam a necessidade de criar um ambiente saudável com apoio social e afetivo.

Conforme o exposto, as crianças em situação de acolhimento têm suas vidas atravessadas pelas representações de infância e de família que estão presentes nas suas vivências e na sociedade. Sendo assim, a presente pesquisa teve por objetivo analisar as representações de crianças em situação de acolhimento institucional acerca da família, tomando como base de análise a Teoria das Representações Sociais (TRS), que aponta para o entrelaçamento entre o objeto representado e o sujeito que o representa. De acordo com Moscovici (2003) ela é um conhecimento organizado, influenciado pela história e pelas práticas cotidianas, sobre um determinado objeto social.

A Teoria das Representações Sociais surgiu em oposição à psicologia social na década de 1961, com o estudo de Moscovici intitulado “La Psychanalyse, son Image et son Public”, que versava sobre a psicanálise e sua apropriação pela população parisiense. Para Moscovici (1978), a psicologia social possuía uma perspectiva individualista ou “psicologista”, pois concebia o social relacionado apenas à presença real ou imaginária de outros indivíduos.

Inicialmente o autor ancora seus pressupostos teóricos no de Durkheim, mais especificamente no conceito de *representações coletivas*, para compreender o fenômeno da socialização dos objetos sociais. Mas Moscovici apontou algumas restrições ao conceito de Durkheim por acreditar que a perspectiva durkheimiana (sociologista) não se adequava ao que ele pretendia, já que nela imperava um determinismo sociológico muito forte sobre os fenômenos sociossimbólicos.

Moscovici então agrega outros pressupostos teóricos na Teoria das Representações Sociais, como a etnopsicologia de Wundt; o Interacionismo simbólico de Mead e os conceitos de assimilação e acomodação de Piaget. Assim, ele inaugura sua teoria e enfatiza a indissociação entre o individual e o coletivo, acreditando que era importante considerar tanto os comportamentos pessoais quanto os elementos sociais dentro do

seu contexto histórico mais amplo, destacando a necessidade de se ver suas relações.

Na visão de Moscovici o indivíduo tem papel ativo e autônomo no processo de construção da sociedade; do mesmo modo que o indivíduo é criado por ela, ele também tem participação em sua construção. Para Jodelet (1984), o ato de representar é um processo, uma ação de pensamento, pelo qual se estabelecem as relações entre sujeito e objeto, mesmo que esse objeto seja mítico ou imaginário. Ao representar, o sujeito emite sua parte subjetiva, sua interpretação, não apenas reproduzindo o objeto, mas construindo-o, deixando emergir parte da autonomia e da criação individual ou coletiva.

Desta forma, Moscovici (1978) propõe que se deve entender as representações de um modo ativo, pois seu papel consiste em modelar o que é dado do exterior (como os objetos sociais, os atos e as situações) à medida que ele se constrói no e pelo decurso das interações sociais.

Isso implica em um remanejamento das estruturas sociais, uma remodelação dos elementos, uma verdadeira reconstrução da realidade no contexto dos valores, das noções e das regras sociais.

Para Jovchelovitch (1994), as representações sociais são estratégias desenvolvidas por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a

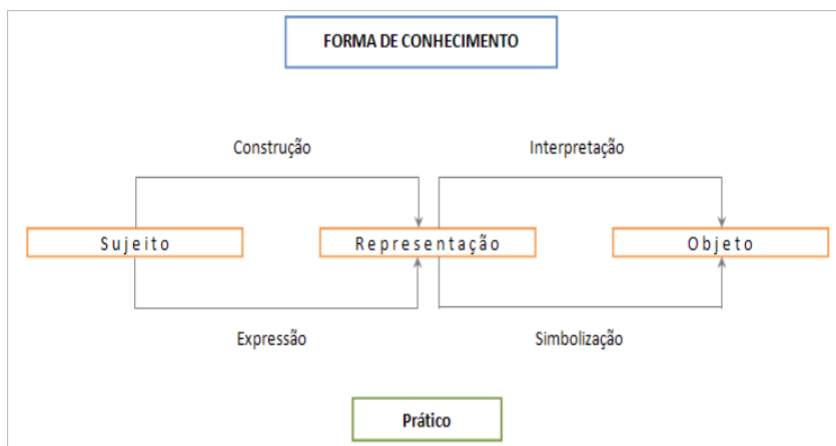
todos, mobiliza cada um individualmente. Nessa perspectiva, o sujeito, de acordo com Jovchelovitch (1994), na sua relação com o mundo, constrói um novo sistema de significações, não havendo possibilidade para a construção simbólica fora de uma rede de significados já constituídos. É sobre essa rede e dentro dela que se dão os trabalhos do sujeito de recriar o que já existe, o que já está lá. De forma que

[...] O sujeito psíquico não está nem abstraído da realidade nem meramente condenado a reproduzi-la; sua tarefa consiste em elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e seus próprios esforços para ser um sujeito (JOVCHELOVITCH, 1994, p. 78).

Segundo Souza Filho (1993), a TRS pretendia resgatar pelo menos três dimensões, consideradas importantes por Moscovici, para o entendimento dos fenômenos sociais: 1) o papel do sujeito como produtor de sistemas simbólicos e sociais; 2) a ênfase ao estudo de sistemas simbólicos complexos; 3) as interações intra e intergrupais e o funcionamento e a mudança da sociedade. Atualmente, o estudo das representações sociais tornou-se um campo muito vasto de pesquisa, englobando uma extrema variedade de assuntos, já que as representações sociais podem estar relacionadas a qualquer objeto social e podem ocorrer em qualquer lugar onde as pessoas se comunicam, situando-se na interface do individual e do social.

Para uma melhor simplificação da teoria, Spink (1993) apresenta um esquema adaptado de Jodelet (1984) objetivando a visualização dos eixos principais da representação social (figura 1).

Figura 1. Campo de estudos da representação social.



Fonte: SPINK, 1993, p. 301, adaptado de Jodelet, 1989.

Ao tecer considerações sobre o esquema, Spink (1993) afirma que, ao analisar o primeiro eixo, apresentam-se duas maneiras diferentes de adentrar esse campo de estudos. Numa primeira vertente, expõe que o estatuto do conhecimento está em pauta; na segunda vertente, a ênfase é na funcionalidade, sempre uma forma comprometida e/ou negociada de interpretar a realidade.

O segundo eixo remete à atividade do sujeito — indivíduo ou grupo — na elaboração da representação social; ou seja, a

representação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social. Sujeito que não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois as representações são sempre construções contextualizadas, resultado das condições em que surgem e circulam. Spink (1993) destaca que dois aspectos são particularmente relevantes nesse segundo eixo do campo de estudo da representação social. Em primeiro lugar, o posicionamento sobre a relação indivíduo–sociedade que foge tanto do determinismo social — em que o homem é produto da sociedade — quanto do voluntarismo puro — que vê o sujeito como agente com liberdade total, e busca um posicionamento mais integrador que, embora situando o homem no processo histórico, abre lugar para as forças criativas da subjetividade. Em segundo lugar, ao abrir espaço para a subjetividade, traz para o centro da discussão a **questão do afeto**: as representações não são, assim, meras expressões cognitivas, são **permeadas também pelo afeto**.

Nessas trocas, todas as representações estão na interface de duas realidades: a realidade psíquica, na sua conexão com a esfera da imaginação e dos afetos, e a realidade externa, que tem seu lugar na coletividade e é sujeita a regras grupais. Na nossa perspectiva, uma representação sempre liga uma forma cognitiva

com um conteúdo largamente aceito pelo grupo (MOSCOVICI, 1988, p. 220–221).

Acerca da dimensão afetiva vinculada à Teoria das Representações Sociais (TRS), Campos e Rouquette (2003) destacam que embora muito importante e com um papel fundamental, essa dimensão tem sido pouco estudada. Para os autores, como as representações são conhecimentos estruturados, e que tem um papel na forma como os sujeitos veem e reagem à realidade social, fica evidente que o conhecimento é dotado e ativado por cargas afetivas; mas salientam que a TRS visa o caráter socialmente partilhado das representações e não o cognitivo, trabalhando com a questão da “partilha social das emoções”, sobretudo quando se trata de objetos que tem forte marca social e afetiva, como a família.

Para Pombo-de-Barros e Arruda (2010):

A vida humana é própria de uma rede entrelaçada e inseparável do Eu com o Outro, e o indivíduo se constrói com o que essa rede lhe possibilita, modificando-se e modificando o ambiente do qual faz parte. Por isso, já partimos da noção de que a dimensão afetiva está implicada na construção de representações sociais, e que para pesquisar esse fenômeno precisamos dialogar amplamente com abordagens psicológicas e psicanalíticas que focalizam a vida afetiva, mas não se fecham no “subjetivismo” (p. 356).

Portanto, a representação social de qualquer objeto social, neste estudo, especificamente **da família**, sofre modificações dependendo dos indivíduos e do social onde estão inseridos, de forma que, ao representar esses objetos, os atores sociais — no caso, **crianças abrigadas** — irão fazê-lo lançando mão das suas cognições, dos seus afetos, das suas vivências e dos seus pertences, destacando, enfatizando ou eliminando conteúdos científicos acerca da temática e criando um “novo saber”, o “saber prático”, o “saber do senso comum”, que irá servir de molde para as novas relações sociais estabelecidas com esses objetos.

Sendo assim, o objeto social escolhido para este estudo, a **família**, pode ser considerado objeto de representações sociais, uma vez que faz parte do cotidiano dos indivíduos estudados e de toda a sociedade. Assim, as pessoas elaboram seus conhecimentos com base nas teorias científicas existentes mas também os elaboram com base nos conhecimentos práticos e vivenciais, ou seja, do senso comum, permitindo que a partir de tais representações iniciadas no plano ideativo, elas extrapolem este plano e repercutam na prática e no comportamento dos sujeitos na interação com o objeto representado.

Pombo-de-Barros e Arruda (2010) reafirmam a importância da dimensão afetiva nas pesquisas de RS e a necessidade de explorar essa questão através de novos recursos

metodológicos. Daí a importância do estudo das representações de crianças abrigadas sobre a família, com o intuito de verificar os conhecimentos produzidos pelo saber científico, e a apreensão desse saber pelo senso comum, levantando as seguintes questões: quais os discursos científicos sobre a família e quais as representações que se tem acerca desta na nossa sociedade?

Apoiado nesse pressuposto, este trabalho buscou tecer um aprofundamento teórico na TRS e na questão da família, com o recurso metodológico do **Desenho de Família com Estórias** com o intuito de arrecadar subsídios para examinar novos domínios de saber, subjetividades e afetos referentes ao tema para os atores sociais estudados (crianças abrigadas).

3 O USO DO DESENHO ESTÓRIA: COMO RECURSO METODOLÓGICO

Prudenciatti, Tavano e Neme (2013) destacam que deve ser mantida a grafia “estória” (ficção) ao invés de “história” (narrativa de acontecimentos reais), pois essa foi a grafia original do procedimento, embora essa diferença não exista mais na grafia da língua portuguesa atual.

O Procedimento de Desenhos-Estória (D-E) foi introduzido por Walter Trinca no ano de 1972, sendo utilizado como instrumento auxiliar na observação clínica. É considerado uma

técnica para investigação da personalidade, situando-se na fronteira entre as entrevistas psicológicas não estruturadas e os testes projetivos gráficos e temáticos. É composto por desenhos livres que servem de estímulos de apercepção temática associada à elicitación de estórias e demais verbalizações em função das necessidades de conhecimento da dinâmica psíquica, seja no diagnóstico psicológico ou na psicoterapia.

No que se refere à análise e a interpretação do D-E não existe um referencial padronizado, devendo ser realizada uma livre inspeção do material, levando-se em conta as entrevistas clínicas e os demais meios de obtenção de informações (TRINCA, 2013). Desta forma,

O procedimento de desenho presta-se de modo excelente à facilitação do acesso à vida emocional da criança. [...] como um processo que permite o esclarecimento da dinâmica de funcionamento mental, considerando as angustias, desejos e defesas do paciente (TRINCA, 1997, p. 70).

Uma variação do D-E é o Procedimento Desenho-Estória com Tema (PDE-T), que foi desenvolvido por Aiello-Vaisberg em 1995 adaptando a técnica de Trinca, onde se propõe um tema a ser desenhado. No caso do presente estudo o tema foi família; seguido de uma estória “inquerito” e título. Essa metodologia tem sido amplamente utilizada em pesquisas, inclusive das representações sociais, e possui algumas vantagens como: facilidade de aplicação,

possibilidade de acesso e desvendamento de conteúdos psíquicos e focos conflitivos, oportunidade de atendimento a populações carentes e crianças. Outra variação é o Procedimento de Desenho de Família com Estórias (DF-E), que foi introduzido por Walter Trinca em 1978 associado com a estória “inquérito” e título; devendo solicitar quatro desenhos sobre a família:

1) “desenhe uma família qualquer”; 2) “desenhe uma família que você gostaria de ter”; 3) “desenhe uma família em que alguém não está bem”; 4) “desenhe a sua família” (TRINCA, 2013, p.215).

Para Prudenciatti, Tavano e Neme (2013) os desenhos são excelentes recursos para ativar a expressão infantil, sendo atrativos, lúdicos e acessíveis para a maior parte das crianças, de diferentes faixas etárias, e por ser de fácil realização dificilmente é recusado pela criança. Devido a isso é um instrumento de grande utilidade não apenas como procedimento clínico; mas também como instrumento de pesquisa, auxiliando na compreensão de vivências infantis.

De acordo com Brito (2013), embora o berço do Procedimento de Desenhos de Família com Estórias seja a clínica psicanalítica, já existe uma variação de pesquisas baseadas em outras abordagens e correntes teóricas, podendo ser aplicada para atender a objetivos diversos e contextos variados como os educacionais, hospitalares e institucionais; fato que atesta que o

Procedimento de Desenhos de Família com Estórias é uma técnica de fácil manejo, comportando diversas possibilidades de utilização, podendo inclusive ser utilizado em associação com outras técnicas (p. 253).

Como a presente pesquisa não possui uma função diagnóstica nem psicoterápica, mas tem como objetivo conhecer e analisar as Representações Sociais de crianças abrigadas acerca da família; foi utilizado Procedimento de Desenho-Estória (DE) fronteiro entre as modalidades do Desenho de Família com Estórias (DF-E) e o Desenho-Estória com Tema (DE-T), pois foi dado o estímulo: “Desenhe uma família”, associado ao inquérito sobre a temática família. Esta variação apenas com um estímulo foi utilizada na presente pesquisa como método de coleta de dados, compreendendo que o trabalho com desenho pode ser aplicado no estudo psicodinâmico das representações sociais, como dito por Trinca (2020), sendo facilitador da interação com a criança de forma lúdica, além de permitir a expressão de conteúdos representacionais conscientes e inconscientes, podendo apontar o foco conflitivo constituindo-se em um elemento catalizador, com expressão de suas emoções.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo não experimental, de campo, exploratório, descritivo e de cunho qualitativo

4.2 Participantes

Participaram desse estudo crianças com idades entre 07 e 12 anos que estavam instituições de acolhimento institucional, localizadas na cidade de João Pessoa-PB, há pelo menos seis meses e que estavam em condições de participar da pesquisa.

4.3 Instrumentos e técnicas de análise dos dados

Como instrumentos foram utilizados: Procedimento de Desenho-Estória (DE) fronteiriço entre as modalidades do Desenho de Família com Estórias (DF-E) e o Desenho-Estória com Tema (DE-T), pois foi dado o estímulo: “**Desenhe uma família**”, com uso da técnica acromática com uso de papel ofício e lápis grafite, associado ao inquérito sobre a temática família e uma entrevista semiestruturada sobre a família. Foi utilizado o gravador de forma que o pesquisador ficava livre para a interação com a criança. Os desenhos e o inquérito foram analisados através da Análise de Conteúdo Temática de Bardin (1979).

4. 4 Considerações éticas e Procedimento de coleta de dados

A pesquisa respeitou todos os princípios éticos propostos na Resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016); sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba com aprovação sob o protocolo de nº 0554/15.

A coleta foi realizada na própria instituição de acolhimento infantil, em horários previamente estabelecidos com duração média de 50 minutos, em sala adequada e de forma individual. Sendo utilizada folha de ofício e lápis-grafite (uso da técnica acromática); com uso de gravador para as falas, as quais foram posteriormente transcritas e analisadas.

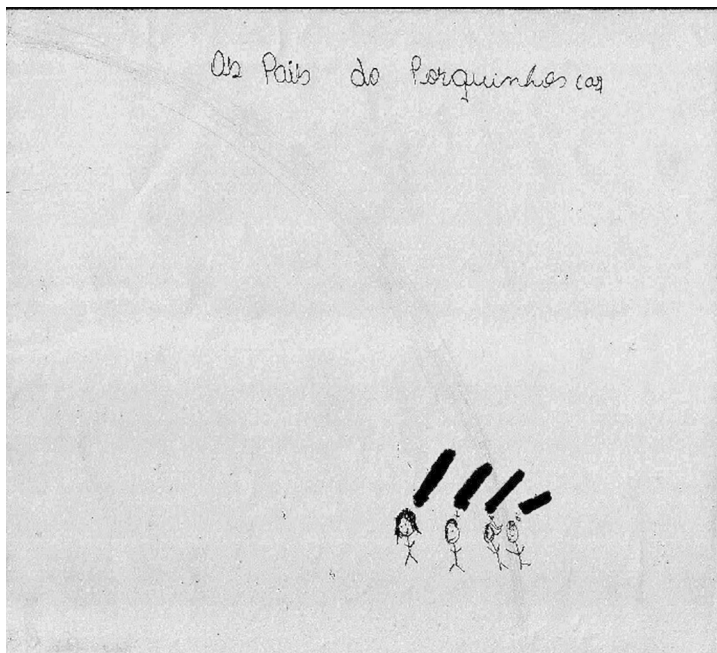
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO²

Neste estudo compartilhamos da ideia de Landim e Borsa (2019) ao falarem sobre a representação gráfica de famílias como sendo uma das modalidades de desenho relevante na prática e pesquisa com crianças sobre percepções de famílias; de modo a permitir compreender como o indivíduo concebe e define a família em termos de funções, laços e relações de poder.

Abaixo serão apresentados os Desenhos de Família com Estórias (DF-E) ao lado das respectivas evocações da “estória” e da entrevista sobre a família, ressaltando-se que o título da estória foi

² Foi feito um recorte dos dados coletados apenas em caráter ilustrativo, para visão global dos dados sugerimos consulta a ALEXANDRE (2017).

dados pelas crianças. Os desenhos que apresentam rasuras pretas foi para preservar o anonimato, tendo em vista que algumas crianças escreveram seus nomes no desenho ou o nome da instituição de acolhimento.



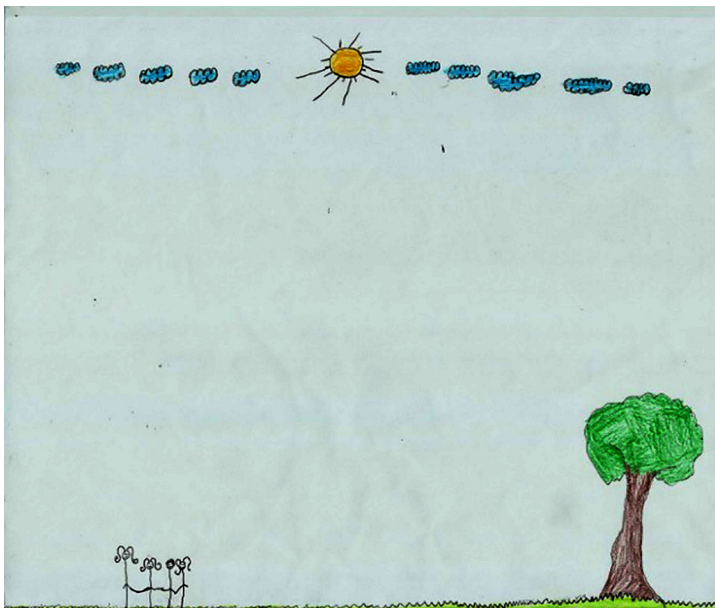
ESTÓRIA: Título: “Os pais dos porquinhos (as). A família e os 2 filhos”

“[...] Ela é boa e eu tava indo pra bica. Ai a gente viu os animais e viu... se encontrou com Anne (nome fictício) minha irmã. Aí a gente ficou feliz e voltou para casa. Ela tava lá! Aí a gente voltou pra casa e foi assistir o jogo.”

ENTREVISTA: Família

“Representa uma vida... Representa uma nova vida e representa sabedoria de Deus... Por que Deus fez o homem querer me adotar, aí virou uma família... Bom...porque a pessoa ganha mais pessoas, né? Ganha presente... e tem de tudo. Uma casa, um apartamento, uma cama, um teto, uma mesa e só... Uma coisa boa, a gente ganha uma nova família e deixa o abrigo xxx para trás [...].

“PSICOLOGIA SOCIAL DA SAÚDE”:
UM ENFOQUE NA SAÚDE MENTAL E NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA



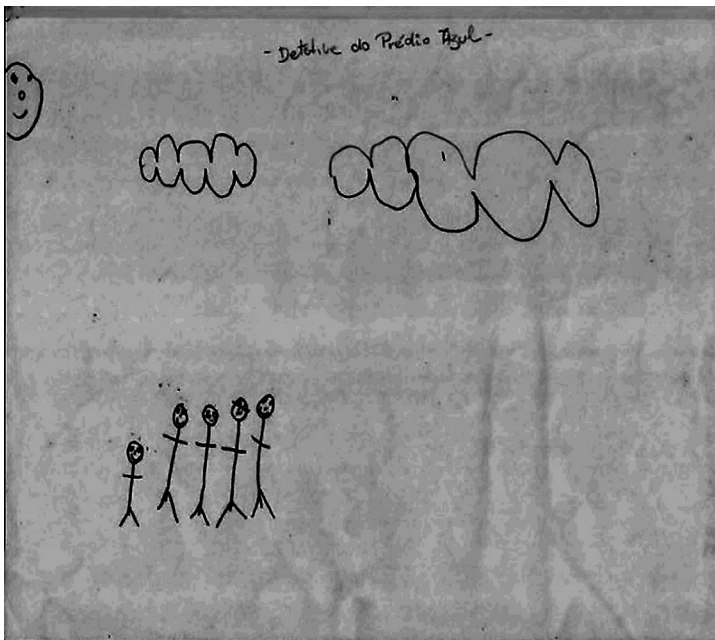
ESTÓRIA: Título: “Passeio na floresta”

“A gente tá cantando e passeando na floresta... Eu, mainha, meu irmão e minha vó...Felizes... A gente tava passeando...Correu, pulou corda”.

ENTREVISTA: Família

*“Família... felicidade. É... não sei não, eu só sei que eu gosto... **Felicidade, amor, carinho.**”*

“PSICOLOGIA SOCIAL DA SAÚDE”:
UM ENFOQUE NA SAÚDE MENTAL E NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

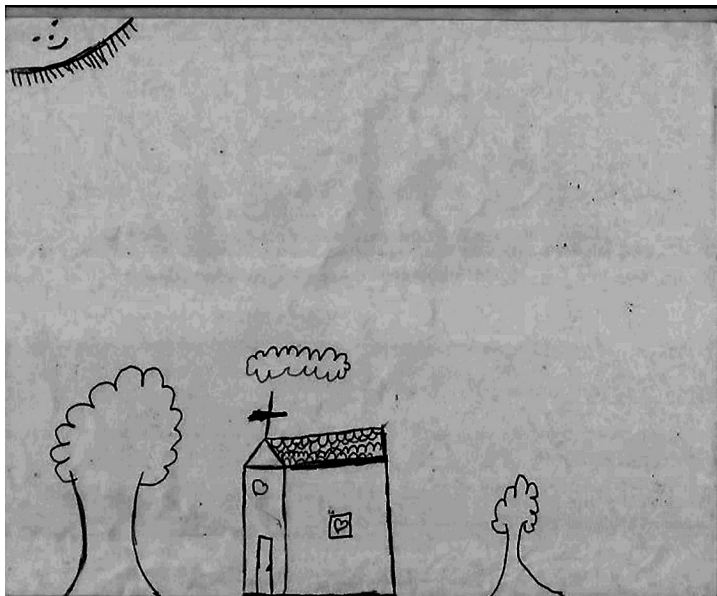


ESTÓRIA : Título: Detetive do prédio azul

“Eu sou saymon, né? Que usa camisa azul e Levi (nome fictício) é Alvin, que usa camisa vermelha, e Hugo (nome fictício) é Teodor, que usa camisa verde. Aí é: Alvin e os esquilos!!!”

ETREVISTA: Família

“Um pai, uma mãe, uns irmão...é bom... A pessoa brinca do que a pessoa quiser ... a pessoa lancha na hora que quiser... a pessoa faz tudo.”



ESTÓRIA: Título: *Criança não contou estória e nem deu título para o desenho.*

ENTREVISTA: Família

“Bom, dá carinho, dá brinquedo, coloca na escola pra estudar... Bom, dá carinho, beijo, a gente passeia, brinca, fica feliz, anda de patinete”.

Embora, na atualidade já tenhamos muitos outros arranjos familiares vigentes, os desenhos e representações da família, do presente estudo, ainda estão ancorados no modelo de família nuclear na forma mais tradicional (pai, mãe e filhos), corroborando o dito por Papalia e Feldman (2013) ao afirmarem que historicamente o modelo de família nuclear é dominante nas sociedades ocidentais. Nos desenhos e relatos acima, também foram encontradas a representação da família enquanto estendida ou ampliada com a inserção de tios, primos e avós, tendo em vista a própria realidade dos sujeitos.

Landim e Borsa (2019) afirmam que na atualidade o modelo formado pelo casal em matrimônio (homem-mulher) não é o único a ser legitimado pela sociedade atual, tendo em vista que as configurações familiares estão em processo de diversificação. Contudo, assim como os resultados encontrados no presente estudo, na pesquisa realizada pelas autoras com 108 crianças abrigadas, a maior parte representou famílias tradicionais em seus desenhos, dos participantes da amostra desenhou famílias compostas por casal heterossexual e filhos (67,6%, $n= 73$), uma parte pequena da amostra (32,3%; $n=35$) representou outras modalidades de famílias, como família ampliada, monoparental feminina e masculina, casal e filhos com animais domésticos e/ou amigos, reconstituída. Nesta mesma direção estão os dados

colhidos em pesquisa realizada por Ribeiro e Cruz (2013) acerca das representações sociais de família compartilhada por 69 crianças de 9 e 10 anos, a qual foi ancorada em modelo nuclear tradicional e objetivado no afeto e nas figuras de parentesco tendo como núcleo central as palavras “mãe, pai, amor, carinho e união”; mas também vinculando a uma família extensa, inserindo sobretudo os avós e tios, que é efetivamente vivida na realidade social delas.

Sobre isso Lauz e Borges (2013) destacam que essa questão além de estar relacionada às questões experienciadas pelas crianças antes do acolhimento, essa representação também sofre influência das mídias e do que é posto e difundido na sociedade. Acerca disso Moscovici (2003) afirma que a realidade social é construída de forma ativa pelo sujeito, propagada pela comunicação nas trocas interativas onde estão implicados aspectos não apenas cognitivos, mas também afetivos e sociais.

Em se tratando de sujeitos sociais que são produtos e produtores do mundo social, as representações jamais poderiam ser tomadas apenas como realidades intrapsíquicas e reduzidas aos conteúdos cognitivos e afetivos. O contexto é o pano de fundo essencial para que o texto propriamente dito, o ato comunicativo onde grassam as representações, possa ser compreendido; onde, sem tal conhecimento da estrutura social, não seria possível interpretar as representações aí evidenciadas ou mesmo constituídas (Spink, 1993, p.303).

Os achados também apontam para um modelo de família carregado de afeto e de pontos positivos com vivências de amor, carinho e cuidado, sobretudo as questões materiais. Tais representações convergem com as encontradas por Siqueira, Abaid e Dell’Aglío (2012) em seus estudos sobre a criança abrigada; mas divergem da pesquisa desses mesmos autores realizada com profissionais que trabalham em instituições de acolhimento. Estes autores destacam que os profissionais têm uma visão estereotipada da família de origem representando que as mesmas não possuem condições para criar nem educar os filhos; alertando que tais representações podem impactar na reinserção sóciofamiliar das crianças e adolescentes institucionalizados, perpetuando a ideia de que a instituição de acolhimento é um ambiente de proteção e portanto o melhor lugar para eles.

Nesta mesma direção Lauz e Borges (2013) destacam que os profissionais que atuam nestas instituições possuem representações idealizadas e estereotipadas sobre as atribuições familiares e modelo de ambiente familiar; e que as crianças abrigadas representam a família no modelo nuclear, fortemente associada à família biológica, e que mesmo após a ruptura dos vínculos a família é emocionalmente representada. Os autores destacam que essa forma de conceber os vínculos afetivos

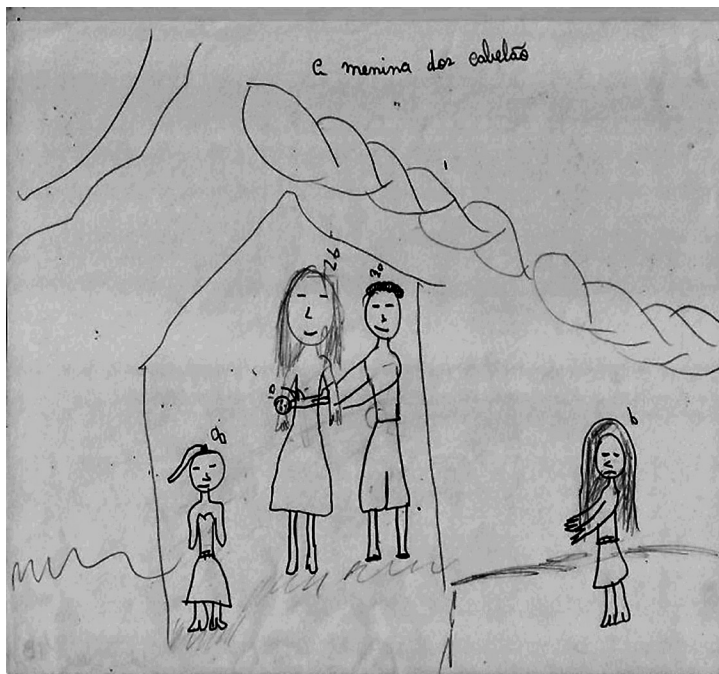
positivos são auxiliares como fator protetivo e de resiliência e também expressão o desejo maior reinserção familiar.

Na pesquisa de Landim e Borsa (2019) 58,3% ($n=63$) das crianças desenharam famílias diferentes da constituição de sua família real e para as autoras a explicação para isso reside no fato de que isso pode estar demonstrando suas expectativas em relação a como deveria se configurar uma família, no sentido de idealização, ou seja, não está necessariamente de acordo com a família que se tem realmente, mas pode estar associada à família que gostaria de ter; atendendo assim as representações ainda hegemônicas da sociedade, de casal hereteroafetivo e com filhos. As autoras ressaltam que também foi identificado em seus estudos que há uma propagação do conservadorismo relacionado aos papéis e funções de gênero na família e na sociedade.

As crianças, no presente estudo, apontam para o desejo de retornar para suas famílias de origem, na verdade elas estão expressando suas necessidades afetivas e estão compartilhando de representações postas na sociedade e nas legislações vigentes. Tais representações convergem para as premissas que se encontram no ECA (Brasil, 1990), onde é obrigação da família, da sociedade e do Estado, dentre outras coisas, assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer. Além disso, toda criança ou adolescente tem o direito de

habitar junto a sua família, ou à família substituta, assegurando assim a convivência familiar e comunitária, como lembram Lauz e Borges (2013). Por isso, de acordo com diretrizes do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (BRASIL, 2009), as instituições de acolhimento devem fazer parte da rede de atenção e proporcionar espaços de convivência para as crianças e adolescentes o mais próximo possível do seu contexto de origem.

Mas os desenhos também trouxeram vivências tristes de morte, separação, representadas nas histórias de terror e infantis do lobo mau; apontando também para a necessidade de adoção.

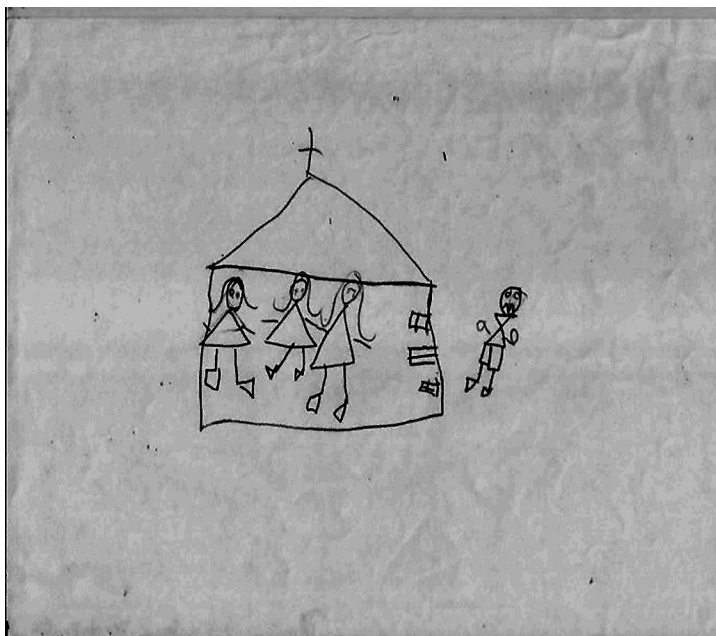


ESTÓRIA: Título: “A menina do cabelão”

“Vou contar uma história de terror... Era uma vez uma tão feliz que morava numa casa e tinha três filhos, aí a outra não sabia que tinha espírito mau nela [...] Ela é do mau, ela não sabia que tinha espírito mau no corpo dela, a outra era normal [...] No outro dia matou o pai, ela não gostava do pai e só ficaram eles três, que sobreviveu. Aí até o pai matou ela, ele matou ela sufocada.”

ENTREVISTA: Família

*“Para mim é pai, mãe, irmã, vó, tia, pra mim, só isso... **Carinho, emoção, felicidade, caridade.** Família é bom, que eu não tenho ... tenho minha tia, minha tia social. Mas eu não tenho tia, não tenho vó, não conheço, só conheço meu pai...e meus irmãos. Eu queria ter mãe né? Porque a minha mãe morreu de câncer.”*



ESTÓRIA: Título: Sem título

“Esse é o lobo mau e aqui as famílias... Papai ajuda mamãe e mamãe ajuda papai. Eu ajudo também, a lavar a louça... Na igreja... Foi um homem, um ladrão... esqueci. Terminou a história. Queria matar elas.”

ENTREVISTA: Família

“Todas as crianças, adotar... Adotar todo mundo... É boa... Porque ela é rica.”

Tais representações trazem fortemente as vivências destas crianças que estão em situação de acolhimento, muitas delas vítimas não apenas de negligência, mas de violência física e sexual, dados esses coletados com os técnicos da instituição de

acolhimento, onde os principais motivos de acolhimento das crianças estão vinculados a negligência associada a vulnerabilidade sociais e a violência intrafamiliar, incluindo aqui o abuso sexual. Estes dados são corroborados por pesquisadores na área como Patias, Siqueira e Dell'Aglío (2017) ao relatarem que em 2010, havia cerca de 37 mil crianças e adolescentes vivendo em 2.624 acolhimentos institucionais no Brasil, sendo a maioria meninos (52,3%), de cor branca (41,1%), com idade entre seis e onze anos (35,7%), e cujo motivo de acolhimento documentado mais frequente foi violência física, sexual, psicológica e abandono (40,4%), negligência por parte da família (37,6%), seguido de pais ou responsáveis com deficiência (20,1%).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo primário utilizar a técnica do desenho para acessar conteúdos representacionais de crianças abrigadas sobre a família. De forma a poder contribuir para fazer avançar estudos na área e permitir que as próprias crianças que estão privadas de suas famílias de origem possam se expressar sobre suas vivências, seus afetos e suas representações do significado de família para elas.

Observa-se que, apesar de na atualidade e em função da diversidade de mudanças advindas com a evolução tecnológica e social, ainda é marcante a Representação Social da família enquanto o protótipo de família padrão, sendo nuclear, composta por pais heretoroafetivos e filhos. Tais representações estão de acordo com a história da família ao longo dos tempos e está ancorada na visão hegemônica da igreja e da constituição das famílias; mas já pode ser visto uma visão mais ampliada da família atendendo novas exigências culturais agregando outros membros na família como avós e tios.

Sabe-se que a família é um sistema complexo e está inserida em um ambiente social também complexo, que resulta em interação mútua e constante, influenciado de forma direta na composição, na relação e no desenvolvimento dos seus entes, sobretudo, das crianças. Devido a indiscutível importância da família para a formação social e de personalidade do sujeito que existem leis garantidoras para manutenção dos vínculos familiares, a exemplo no Brasil da Constituição Federal de 1988 e o ECA, de 1990. Contudo, em algumas situações muitas crianças são retiradas das famílias de origens e colocadas em casas de acolhimento, podendo, idealmente, retornarem para suas famílias de origem, ou serem adotadas por outras famílias.

Como reflexão final deixamos a necessidade de que as legislações de amparo as crianças e adolescentes permaneçam evoluindo no Brasil, assim como as políticas públicas que abarquem saúde, moradia, economia e educação, de forma a haver uma melhoria das relações familiares, minimizando as situações de vulnerabilidade e ampliando as representações de família na sociedade de forma a abarcar novas conjunturas familiares, minimizando assim o preconceito e a exclusão social de crianças e adolescentes advindos de famílias mais distantes do protótipo das famílias, ditas como padrão, constituídas por pai, mãe e filhos.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, T.M. **Representações Sociais Sobre Família E Abri-go: Um Estudo Com Crianças Em Situação De Acolhimento Ins-titucional**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

ALVES, J. R. M. **A evolução nas definições de família, suas novas configurações e preconceito**. 2014. Monografia (Graduação em Direito). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Esta-tuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/cci-vil_03/LEIS/L8069.htm#art266.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adoles-cente (CONANDA). Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). **Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes**, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federa-tiva do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre ado-ção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990-Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; re-voa dispositivos da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002-Códi-go Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho-CLT, aprovada pe-lo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943; e dá outras provi-

dências. **Diário Oficial da União**, 2009.

BRITO, M. R. S. Procedimento de Desenhos de Família com Estórias: pesquisas qualitativas. *In*: TRINCA, W. (Org.) Formas compreensivas de investigação psicológica: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias. São Paulo: Vetor, 2013, p. 249-276.

CAMPOS, P. H. F.; ROUQUETTE, M. L. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 435-445, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000300003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0102-79722003000300003&lng=en&nrm=iso.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 2016.

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. Uma visão histórica da violência contra crianças e adolescentes. *In*: FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. (Orgs.), **Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. Brasília, Ministério da Educação, 2008, p. 15-26.

FÁVERO, E. T.; VITALE, M. A. F.; BAPTISTA, M. V. **Famílias de crianças e adolescentes abrigados**. São Paulo: Paulus, 2008. Disponível em: https://www.neca.org.br/images/Familias_Abrigadas_mio.pdf.

FURLAN, V.; SOUZA, T. R. P. Família, acolhimento institucional e políticas públicas: um estudo de caso. **Revista Psicologia Política**, v. 14, n. 31, p. 499-516, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7431666>.

HABIGZANG, L. F. E KOLLER, S. H. **Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

JODELET, D. Représentations sociales: phénomènes concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (Ed.), **Psychologie sociale**. Paris: Press Universitaires de France, 1984, p. 360–365.

JOVCHELOVITCK, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: JOVCHELOVITCK, S.; GUARESCHI, P. (Eds.), **Textos em representações sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 78–87.

LANDIM, I; BORSA, J. C. Concepções de famílias: Um estudo sobre as representações gráficas de crianças cariocas. **Estud. psicol. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 503-521, ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200010&lng=pt&nrm=iso.

LAUZ, G. V. M.; BORGES, J. L. Concepção de família por parte de crianças em situação de acolhimento institucional e por parte de profissionais. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 4, p. 852-867, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000400007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400007&lng=en&nrm=iso.

MELO, C. A. **Percepção de família em crianças abrigadas**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2011.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Trad. de Álvaro Cabral. São Paulo: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. Notes towards a description of social representations. **European journal of social psychology**, v. 18, n. 3, p. 211-250, 1988. DOI: <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180303>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejsp.2420180303>.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. (Ed.), **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes 2003. p. 29-109.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PATIAS, N. D.; SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. Imagens Sociais de Crianças e Adolescentes Institucionalizados e Suas Famílias. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 29, e131636, 201. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29131636>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0102-71822017000100203&lng=pt&nrm=iso.

PIZZI, M. L. G. Conceituação de família e seus diferentes arranjos. **Revista Eletrônica: LENPES-PIBID de Ciências Sociais-UEL**, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/lenpes-pibid/pages/arquivos/1%20Edicao/1ordf.%20Edicao.%20Artigo%20PIZZI%20M.%20L.%20G.pdf>.

POMBO-DE-BARROS, C. F.; ARRUDA, A. M. S. Afetos e representações sociais: contribuições de um diálogo transdisciplinar. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 351-360, June 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000200017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0102-37722010000200017&lng=en&nrm=iso.

PRUDENCIATTI, S. M; TAVANO, L. D; NEME, C. M. B. Desenho–Estória na atenção psicológica a crianças na fase pré–cirúrgica. **Bole-**

tim Academia Paulista de Psicologia, v. 33, n. 85, p. 276-291, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/946/94629531006.pdf>.

PRUDENCIATTI, S M.; TAVANO, L. D; NEME, C. M. B. Desenho–Estória na atenção psicológica a crianças na fase pré–cirúrgica. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 33, n. 85, p. 276-291, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/946/94629531006.pdf>.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C.; SERRANO, S. A.; ALMEIDA, I. G. *In: Desafios e perspectivas para o acolhimento institucional*. ROSSETTI-CLOTILDE, M. C.; ALMEIDA, I.G. (orgs.). São Paulo: HUCITEC, 2011. p. 362-403.

Santana, C. V. M. O. R. **A família na atualidade: novo conceito de família, novas formações e o papel do IBDFAM (instituto brasileiro de direito de família)**. 2015. Monografia (Curso de Direito) Universidade Tiradentes – UNIT, Minas Gerais, 2015.

SILVA, A. S. A Psicologia Política no Brasil: lembranças e percursos sobre a constituição de um campo interdisciplinar. **Revista Psicologia Política**, v. 12, n. 25, p. 409-426, 2012. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7436991>.

SIQUEIRA, A. C.; ABAID, J. L. W.; DELL'AGLIO, D. D. Famílias e instituições de acolhimento: Interfaces entre risco e proteção. *In: KOLLER, S. (org.). Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 176-189.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 71-80, Apr. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art

text&pid=S0102-71822006000100010&lng=en&nrm=iso>.

SOUZA FILHO, E. Análise das representações sociais. *In*: SPINK, M. (Ed.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p.109–148.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 300-308, Sept. 1993. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300017&lng=en&nrm=iso.

TITÃS. Família. Compositores: BELLOTTO, T; ANTUNES, A. *In*: **Ca-beça de Dinossauro**. Intérprete: TITÃS. São Paulo: WEA, 1986. 1 disco vinil, lado b, faixa 2

TRINCA, W. **Formas de Investigação Clínica em Psicologia**. São Paulo: Vetor Editora, 1997.

TRINCA, W. (Org.) **Formas lúdicas de investigação em psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias**. São Paulo: Vetor, 2020.

TRINCA, W. Apresentação do Procedimento de Desenhos de Família com Estórias. *In*: TRINCA, W. (Org.). **Formas compreensivas de investigação psicológica: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias**. São Paulo: Vetor, 2013, p. 211-226.

ZILLES, U. Apresentação. *In*: WAGNER, A. (org.). **Família em cena**. Petrópolis: Vozes, 2002. p 09-11.

CAPÍTULO 4

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS SOBRE O CORPO E O FEMININO¹

*Vitória Maria Medeiros Guerra
Tamiris Molina Ramalho Hirschle
Silvana Carneiro Maciel*

1 INTRODUÇÃO

O câncer também conhecido como tumor maligno ou neoplasia maligna é uma doença multicausal, desenvolvida a partir da formação desordenada de células acometidas de mutação que ocupam tecidos e órgãos, existindo atualmente mais de 100 tipos de tal patologia. (INCA, 2020). Dentre os tipos de câncer inclui-se o câncer de mama, categorizado na Classificação Internacional de Doenças para Oncologia no C-50 (OMS, 2005). A patologia é ocasionada por uma mutação genética de células da mama, diagnosticado a partir de biópsia de material colhido de tal área.

Relacionado aos direitos de pessoas com câncer, é previsto através da portaria nº 876, de 16 de maio de 2013, que os pacientes sem indicativo de terapêutica efetiva devem ter acesso a

¹ Este capítulo foi fruto do TCC da primeira autora e está vinculado ao trabalho de dissertação da segunda autora”; ambos sob orientação da terceira autora.

cuidados paliativos, de acordo com as normas descritas pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Também é previsto na lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que o paciente diagnosticado com câncer tem direito de sujeitar-se ao primeiro tratamento no SUS, em até 60 dias a contar do dia em que for comprovado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, se necessário for (BRASIL, 2012). Contudo, devido a demora no fechamento do diagnóstico e a dificuldade de tratamento, o câncer é a segunda principal causa de óbitos em todo o mundo. Em 2018 ocorreram na população mundial cerca de 9,6 milhões de mortes, com aproximadamente 70% das mortes ocasionadas pelo câncer em países de renda baixa e média.

O câncer de mama é o segundo câncer mais prevalente no e acomete homens e mulheres, com a estimativa no Brasil de 66.280 novos casos para o ano de 2020, sendo somente 1% dos casos registrados nos homens, considerando-se assim como uma patologia rara para estes. (OPAS, 2018). De acordo com o Ministério da Saúde, o câncer de mama é a categoria de câncer mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo. A estimativa da incidência do câncer de mama no Brasil para o ano de 2019 foi de 19.920 novos casos a cada ano, supondo-se uma taxa bruta 56,33 por mil mulheres em todo o Brasil e 80,33 por mil mulheres nas capitais. O estado da Paraíba é representado com 880 novos

casos/ano, com a taxa bruta de 42,32 mulheres com câncer por cada mil mulheres, sendo 240 novos casos anuais na sua capital, João Pessoa (INCA, 2019). Observa-se que o câncer de mama é uma das questões de destaque no âmbito da Saúde da Mulher, considerando que essa é a maior causa de óbitos em consequência de câncer na população feminina, especialmente na faixa etária acima dos 35 anos (SILVA *et al.* 2017).

Nas últimas décadas ocorreram muitos avanços no tratamento do câncer, sobretudo no que se refere ao de mama, alcançando novas abordagens terapêuticas. O tratamento de tal patologia diferencia-se conforme seu tipo, estadiamento (grau de disseminação) e fatores orgânicos do paciente (INCA, 2020). Como método de tratamento, a mastectomia foi citada pela primeira vez no ano de 1894, por William Stewart Halsted, e na época tal procedimento era visto como primordial para a obtenção da cura do câncer de mama, acreditando não haver outra forma eficaz de tratamento, assim a mastectomia foi considerada como técnica preponderante no tratamento do câncer de mama por aproximadamente 80 anos (MORA, 2013). Atualmente a mastectomia ainda é visualizada de forma positiva no que se refere à efetividade do tratamento, preconizada em alguns casos, de acordo com o estágio da neoplasia, vislumbrando a remissão e maior possibilidade de cura (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Entretanto, no que se refere às sequelas físicas e emocionais a mastectomia é observada como um impacto na vivência da mulher considerando toda a construção sociocultural a respeito do seio, como também de suas fantasias concernentes que são influenciadas e influenciam a forma da mulher se enxergar e se colocar no mundo. Necessitando uma reconstrução e ressignificação não só do órgão em si, mas de toda uma vida envolta de concepções relacionadas a ele e ao feminino. A experimentação da perda de tal órgão, carregado de significados, envolve grande esforço na busca de solucionar conflitos e dificuldades. Deparando-se com a ausência do seio é necessária uma reelaboração do corpo em busca de formas renovadas de lidar consigo mesma e com o mundo, em especial seu parceiro sexual (RODRIGUES *et al.*, 2018).

A dor do enfrentamento ao câncer de mama perpassa o sofrimento causado pelo adoecimento do câncer em si (visto como estigma por si só) como também do adoecer orgânico (SILVA *et al.*, 2017). A mulher é confrontada consigo mesma, com suas fantasias e suas concepções a respeito do corpo feminino e com o estigma a respeito de sua nova constituição física. Seara, Vieira e Pechorro (2012) também contribuem nesse sentido, mencionando que a sexualidade da mulher poderá ser alterada, não apenas em relação

às mudanças fisiológicas decorrentes do tratamento, mas também relacionadas à percepção de sua imagem corporal modificada.

Maciel e Sá (2013) referem que os profissionais de saúde, dentre eles o psicólogo, necessitam ser conhecedores da importância do acolhimento integral a essas mulheres, colaborando para a reelaboração de sua autoimagem tendo em vista a melhora na qualidade de vida. Maciel e Sá (2013) ainda apontam que é por meio da escuta dessas mulheres que se pode conhecer a grandeza deste adoecimento e suas implicações.

Para melhor compreender as representações e simbolismos que cercam a mulher e seu corpo é necessário visualizar um pouco da história da construção do feminino. Arraigado de atributos estabelecidos pela sociedade desde seu primórdio, embasados em aspectos fisiológicos que diferenciam a mulher do homem. No tocante às mudanças ocorridas na puberdade da mulher está o desenvolvimento dos seios, uma das mudanças mais perceptível no corpo nesta fase. Tal fato denuncia que a “menina” torna-se “mulher” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O seio é carregado de funções biológicas que exprimem a identidade e os papéis sociais da mulher.

Dhoquois (2003) e Perrot (2003) apontam que ao longo da história as concepções a respeito do corpo feminino foram moldando-se em consonância com as lutas das mulheres por seus

direitos cidadãos. O direito ao trabalho e ao voto são exemplos de direitos conquistados, mas negado anteriormente em decorrência das representações a respeito do feminino como alguém “sem voz”, portanto sem direitos, sobretudo esposa e mãe, respaldando-se em aspectos físicos inerentes ao feminino para justificar tais questões.

Perrot (2003) ressalta que os membros e curvas da mulher sempre foram algo de evidência em relação ao restante do corpo, arraigado de fortes significados, os seios, as pernas, e a cintura, são elementos relacionados ao erotismo que também podem representar como cada sociedade trata questões relacionadas a tal. Desta forma, é imprescindível discutir que toda uma construção do sujeito mulher, sendo esta carregada de simbolismos compartilhados desde a infância, criador de papéis sociais baseados nos seus corpos, evidenciando-se a mama como algo primordial e idealizado, quando se depara com o diagnóstico de câncer de mama, emerge um debate para a sociedade e para ela mesma, agora a mama é algo dispensável, solicitando-se então uma ressignificação da construção do ser mulher.

Diante do papel social da mama atrelado a sexualidade e ao feminino, destaca-se a importância do apoio familiar e social, para o abrandamento das vivências deste momento. O apoio do parceiro torna o processo da vivência do câncer de mama algo

menos traumático para as pacientes. Desse modo, a percepção do companheiro acerca desse processo correlaciona-se com a forma que a mulher o vivencia, passando por estágios desde o temor pela notícia do diagnóstico até a aceitação e ressignificação do corpo modificado, assim como a vivência da sexualidade após todos os procedimentos realizados (MACIEL; HIRSCHLE, 2016).

Benevides e Rodrigues (2017) apresentam que é atribuído ao corpo vários valores e papéis, sendo os ideais estéticos constituídos socialmente e historicamente, algo que pode ser modificado com o tempo, os quais são internalizados por meio dos processos de socialização; sendo assim, o corpo é consequência de uma construção social e cultural. Desta forma não são as particularidades biológicas que especificam os sentidos de ser ou não mulher, mas, sim, as formas como essas particularidades são vangloriadas ou simbolizadas em cada sociedade (QUADRADO; TEIXEIRA, 2017).

O câncer de mama ocorre mais comumente nas mulheres e no intuito de melhor entender como as mulheres que vivenciaram a mastectomia representam seu corpo e o feminino, utilizou-se como base teórica desta pesquisa, a Teoria das Representações Sociais. O Câncer é uma doença que assola a vida do sujeito que com ela tem contato direto; aqui será discutido a respeito das mulheres que passaram pelo processo da mastectomia, no intuito

de compreender as representações sociais existentes na vida destas pessoas. As representações sociais se mostram como uma forma de interpretar e refletir a realidade cotidiana. Uma maneira de conhecimento da atividade mental concebida individualmente ou em grupo para posicionar-se frente a situações, eventos, objetos e comunicações que lhes são de interesse, no caso o corpo da mulher e o corpo da mulher mastectomizada.

A representação social explica os eventos do cotidiano e também o que constrói esse dia a dia, que por vezes passa despercebido dos sujeitos ou grupos que compartilham representações sociais.

A representação é sempre a atribuição da posição que as pessoas ocupam na sociedade, toda representação social é representação de alguma coisa ou alguém (...) ela é o processo pelo qual se estabelece a relação entre o mundo e as coisas (SÊGA, 2000, p. 129).

Moscovici propõe a análise dos processos por meio dos quais os indivíduos, em interação social, constroem teorias sobre os objetos sociais em que tornam viável a comunicação e a organização dos comportamentos. Assim, a representação social pode ser definida como uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com um objetivo prático e

contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (VALA, 2000).

Jodelet (1989) também discute a respeito do tema, explanando que designado como “saber do senso comum” ou ainda “saber ingênuo”, “natural”, esta forma de conhecimento distingue-se, dentre outros, do conhecimento científico. Mas ela é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto aquele, por sua importância na vida social, pelos esclarecimentos que traz acerca dos processos cognitivos e as interações sociais.

As representações sociais possuem funções, portanto, não basta apenas saber como se formam é imprescindível compreender para que servem, qual sua utilidade no funcionamento do indivíduo-social. Desse modo de acordo com Abric, as representações sociais possuem quatro funções essenciais: de conhecimento, identitária, de orientação e justificadora (CHAVES; SILVA, 2011).

A função de conhecimento está relacionada com a possibilidade dos indivíduos de compreenderem e explicarem a realidade através das representações sociais. A função identitária das representações sociais define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos, sendo muito importante no estudo da comparação social. Ao mesmo tempo essa função assume o papel no controle social exercido pela coletividade sobre

cada um de seus membros. Já a função de orientação refere-se às representações como guia dos comportamentos e das práticas sociais. Nas relações entre grupos assume a função justificadora para explicar determinados comportamentos adotados face ao outro grupo (CHAVES; SILVA, 2011).

Alves-Mazzotti (2008) explica que as representações sociais podem ser abordadas e concebidas de muitas formas, relacionadas ou não ao imaginário social. Quando se relacionam ao imaginário social, a ênfase recai no caráter simbólico da atividade representativa de sujeitos que partilham uma mesma condição ou experiência social.

No presente trabalho daremos ênfase a abordagem proposta por Abric denominada de Teoria do Núcleo Central (TNC). Nesse sentido, as representações sociais incluem dois sistemas de significados: o sistema central e o sistema periférico. O sistema central, ou núcleo central, é rígido, coerente e estável, é consensual, define a homogeneidade do grupo e está ligado à sua história coletiva. É ao sistema central que cabe determinar a organização da representação e gerar a significação dos elementos da representação (VALA, 2000). Suas funções são gerar o significado básico da representação e determinar a organização global de todos os elementos (SÁ, 1996).

Por sua vez, o sistema periférico é composto por elementos que são mais flexíveis, mudam, são sensíveis ao contexto, integram as experiências individuais e é neles que se manifesta a heterogeneidade do grupo (VALA, 2000; ABRIC, 2001). Suas funções consistem, em termos atuais e cotidianos, na adaptação à realidade concreta e na diferenciação do conteúdo da representação e, em termos históricos, na proteção do sistema central (SÁ, 1996; ABRIC, 2001). Para Abric (1996) a mudança de uma representação social só poderá ser verdadeiramente modificada quando o próprio núcleo central for modificado.

Como visto, a TRS abarca uma gama de objetos e elementos que podem ser estudados baseados na sua compreensão da realidade social. Um dos objetos que a TRS pode estudar é o corpo, visto que é um elemento repleto de significados e permeado pelas mais diversas formas de compreensão do imaginário social de cada sociedade, baseado em sua cultura. O corpo é consequência de uma construção simbólica envolvendo percepções e representações individuais e coletivas; os modelos de pensamento lançam representações sociais que, ao serem compartilhadas socialmente, produzem os diferentes modos de sentir e relacionar-se com o próprio corpo. Nesse sentido, estudar o corpo sob a perspectiva das representações sociais propicia a compreensão da relação que as pessoas têm com próprio corpo sob a influência dos

modelos de pensamento e de comportamento (CAMARGO; JUSTO; ALVES, 2011).

Segundo Camargo *et al.* (2011) a TRS pode contribuir com a apreensão do corpo para além da dimensão individual e psicológica, elucidando o papel do conhecimento compartilhado na valorização do corpo e na importância da beleza e da saúde e suas consequências para as pessoas. Nesse sentido, para este trabalho foi escolhida esta teoria devido ao fato do corpo, como visto anteriormente, ser um objeto representacional valorizado e discutido no meio social, que traz consigo simbolismos que refletem no modo do homem ser, estar e se comportar no meio social. No caso, específico deste trabalho, a parte do corpo estudada (mama) é uma parte valorizada na sociedade e repleta de significados que vão ter implicações na forma como a mulher acometida reelabora sua identidade, sua autoimagem e como se relaciona com o outro.

2 MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de cunho descritivo, qualitativo.

2.2 Participantes

Participaram 49 mulheres, que passaram pelo processo da mastectomia, como ou sem reconstrução. Para a inclusão na amostra no presente trabalho, foram considerados os seguintes critérios, mulheres mastectomizadas há no mínimo um ano; que se dispuseram a participar da pesquisa, possuir mais de 18 anos e aceitar participar da pesquisa.

A constituição da amostra utilizou o método bola de neve que corresponde a um método habitualmente aplicado com populações raras, incomuns ou que são mais difíceis de contatar (DEWES, 2013).

2.3 Instrumentos:

- Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Foram utilizados os estímulos indutores, “corpo da mulher” e “corpo da mulher mastectomizada”;

- Escala a respeito do nível da satisfação sexual, na qual a participante assinalava de 0 a 10, considerando sua satisfação sexual antes e depois da mastectomia;
- Questionário sóciodemográfico.

3 PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os instrumentos foram aplicados em uma Organização Não-Governamental (ONG) que atendia mulheres mastectomizadas; no hospital referência para tratamento de câncer de João Pessoa-PB e/ou na residência das entrevistadas.

Após contato com as mulheres e/ou instituição, informava-se sobre os objetivos da pesquisa, explicava sobre a sua participação, autonomia sigilo e, se concordasse em participar pedia que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após foi aplicado a TALP, e para cada estímulo indutor pedia-se que associasse cinco palavras num intervalo de tempo de 1 minuto. Posteriormente as mulheres respondiam à Escala de Satisfação Sexual.

Para a análise dos dados da TALP foi utilizado o software IRAMUTEQ com a análise prototípica e de similitude e os resultados foram discutidos à luz da Teoria do Núcleo Central

(TNC) também conhecida como a Abordagem estrutural das representações sociais, proposta por Abric.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados sociodemográficos propiciaram o conhecimento de informações a respeito das características da amostra dos participantes desta pesquisa, sendo possível conhecer o grupo social do qual surgem as representações sociais de relevância para este estudo. De modo geral, observou-se que 40% possuíam idades entre 41 e 50 anos, com a média de 50,04 anos. A maioria com escolaridade de ensino médio completo correspondente a 34,69% da amostra e 27,03% representou-se como trabalhadora fora do contexto do lar. A maioria das mulheres que participaram deste trabalho informaram ser mãe, 89,74% delas, como também destacou-se a quantidade de componentes que declararam ter parceiro sexual, sendo 84,62% da amostra; 89,74% delas expuseram que o parceiro atual permanece o mesmo de antes da mastectomia, no entanto apenas 70% afirmaram ter uma vida sexual ativa, o que contrasta com o dado anterior; compreendendo-se então que parte de tais mulheres não têm vida sexual ativa, apesar de ter um parceiro sexual.

Guerra *et al.* (2019) afirma que para muitas mulheres, o câncer de mama é a vivência de uma ameaça em muitos pontos de sua vida, entre elas a vida sexual, interferindo de forma negativa em tal –principalmente quando ocorre a mastectomia radical. Esta questão se dá em decorrência da mama estar grandemente ligada a autoestima por ser um órgão que representa a feminilidade.

A partir dos dados coletados por meio da TALP, foi possível a realização da análise prototípica; a qual apresenta um sistema periférico e um sistema central, apresentada a seguir. Na Tabela 1 serão exibidas as estruturas da representação social para cada um dos estímulos indutores, caracterizados paralelamente para simplificar a visualização e entendimento das representações sociais de corpo da mulher e corpo da mulher mastectomizada.

Tabela 1 - Diagramas das evocações: **CORPO DA MULHER**
e **CORPO DA MULHER MASTECTOMIZADA**.

Corpo da Mulher						Corpo da Mulher Mastectomizada					
Núcleo Central			Sistema Periférico Próximo			Núcleo Central			Sistema Periférico Próximo		
F ≥ 4.39; OME > 2.8			F ≥ 4.39; OME > 2.8			F ≥ 4.44; OME < 2.9			F ≥ 4.44; OME < 2.9		
Evocações	F	OME	Evocações	F	OME	Evocações	F	OME	Evocações	F	OME
Bonito	37	2.5	Desejado	11	3.1	Mudança	14	2.1	Rejeitada	10	3.7
Perfeito	9	2.1	Respeitado	8	3	Reconstrução	9	2.7	Aceitação	8	3.4
Mama	6	2.5	Vaidade	5		Diferente	8	2.7	Falta	7	3
Cuidado	6	2.7				Tristeza	8	2.4	Incompleto	7	3.1
						Feio	8	1.8	Vergonha	6	3.2
						Sem_mama	6	2.5	Dificuldade	6	3.5
						Mutilada	5	1.8			
Zona de Contraste			Sistema Periférico Distante			Zona de Contraste			Sistema Periférico Distante		
F ≥ 4.39; OME > 2.8			F ≥ 4.39; OME > 2.8			F ≥ 4.44; OME < 2.9			F ≥ 4.44; OME < 2.9		
Evocações	F	OME	Evocações	F	OME	Evocações	F	OME	Evocações	F	OME
Gorda	4	1.2	Feio	4	3.5	Horror	3	2	Não_importa	4	3.8
Importante	4	2.8	Amor	3	3	Depressão	3	2.7	Fé	4	4.5
Saudável	3	2.3	Normal	3	3				Medo	4	3.5
Tudo	3	2.3							Desconforto	4	3
Sensibilidade	3	2.3							Autoestima	4	3.5
									Saúde	4	3.5
									Respeito	3	3.7
									Deficiência	3	3.7

Fonte: autoras

Legenda: F=frequência. OME= ordem média de evocações.

Considerando a parte superior (cor verde) da tabela 1, atribuído ao estímulo **corpo da mulher**, percebe-se que o diagrama desse estímulo foi composto a partir da frequência média igual, maior ou menor do que 4 integrantes, numa ordem média de evocação em volta de 2.8. Na observação dos dados representados na Tabela 1, no estímulo **corpo da mulher** especialmente no quadrante do núcleo central, os aspecto deste

reúne evocações que retratam os elementos considerados os mais frequentes e mais importantes de tal estímulo, sendo eles **bonito, perfeito, mama e cuidado**. Nessa perspectiva, as evocações que representam o corpo da mulher estão associadas com os sentimentos ante as representações acerca do corpo feminino, caracterizando-o de forma positiva, ressaltando a beleza, bem como a mama como órgão importante para a mulher.

No sentido das palavras mama e cuidado, Maciel e Sá (2013) ressaltam que em nossa cultura, o seio é cercado de significados e representações, entre elas destaca-se a correlação com a maternidade, sendo realizado o sustento físico que a mãe possibilita ao seu filho através do leite materno advindo do seio, ato carregado de simbolismos e afetos mútuos. As autoras ainda apresentam através de entrevistas realizadas, relatos de mulheres corroborando com a representação das palavras bonito e perfeito; as quais se referem ao corpo anteriormente a mastectomia como “bonito”, aspecto contrário a percepção do corpo depois da mastectomia; colocando assim na mama, grande carga responsável pela característica de beleza de seu corpo. Neste mesmo sentido, remonta-se a palavra “perfeito”, conotando-se assim que o corpo com a mama é um corpo perfeito; sem defeitos.

Os elementos do sistema periférico: **desejado, respeitado e vaidade**, referem-se tanto ao corpo da mulher frente o outro

com conotação sexual, no sentido de igualdade e em relação a autoestima da mulher; aspectos importantes na caracterização de saúde mental. O conceito de autoestima tem estado em debate e em centro de estudos, considerado como um significativo indicador de saúde; sendo uma questão relevante para uma boa saúde mental (NUNES *et al.*, 2013).

Na zona de contraste, foram evocadas as expressões: **gorda, importante, saudável, tudo, sensibilidade**; ainda que não tenham alta frequência, foram percebidas como importantes pelas participantes. Tais palavras se relacionam a aspectos físicos de padrão de beleza, bem como a pontos subjetivos do corpo feminino. Em contraste com os elementos do núcleo central, os elementos que constituíram o sistema periférico distante foram: **feio**; seguido de: **amor, normal**.

De modo geral, as mulheres deste estudo, representaram **corpo da mulher** através de aspectos positivos, voltados a pontos físicos, caracterizado por partes do corpo, entre elas a mais forte é a mama, sendo representada no núcleo central com a palavra **mama**. Silva *et al.* (2017), menciona que a mama é um atributo de identidade e feminilidade para a mulher, bem como é representado pela cultura ocidental como um traço físico e psíquico relacionado ao feminino.

Considerando a Tabela 1, na parte cor rosa, atribuído ao estímulo **corpo da mulher mastectomizada**, percebe-se que o diagrama desse estímulo foi composto a partir da frequência média igual, maior ou menor do que 4, numa ordem média de evocação em volta de 2.9. Na evocação **corpo da mulher mastectomizada**, no quadrante do núcleo central, pôde-se observar a manifestação das palavras: **mudança, reconstrução, diferente, tristeza, feio, sem_mama e mutilada**, aspectos negativos relacionados ao corpo depois da mastectomia e a sensação e sentimento relacionado a perda da mama; sendo importante observar que o aspecto “mama” está presente tanto nos dados relacionados ao corpo da mulher, quanto ao corpo da mulher mastectomizada, indicando assim forte correlação da mama com a representação social acerca do feminino. Maciel e Sá (2013) colaboram neste sentido ao afirmar que a retirada de qualquer elemento do corpo em cirurgia deteriorante, mesmo que essencial para assegurar a vida, causa muitos pesares. No caso da mastectomia, as autoras descrevem que tal questão traduz-se a um meio mutilante até mesmo da feminilidade, bem como da sexualidade feminina em decorrência da desconfiguração do ser mulher. A mastectomia envolve principalmente dois tipos de prejuízos na vida da mulher; sendo elas a da vivência física e concreta da perda da mama e a vivência também tão verdadeira

quanto a primeira, da perda da feminilidade, e do comprometimento da autoestima e anseios eróticos, podendo ocasionar em alterações na resposta sexual feminina.

Como Abric (2001) expõe que o núcleo central é a sustentação de uma representação social, tal que é resultado de uma construção de memória coletiva e do conjunto de regras ao qual um grupo alude. Sendo assim, as representações que formam o núcleo central do estímulo corpo da mulher mastectomizada, para as mulheres que passaram pelo processo da mastectomia deste estudo, referem-se aos processos que ocorrem em favor da mastectomia, desde questões com significados mais brandos, como mudança, reconstrução e diferente; até aspectos mais fortes, como tristeza, feio, sem_mama e mutilada, expressões relacionadas ao fato da ausência da mama e do sentimento frente a tal processo.

No quadrante indicativo do sistema periférico próximo foram identificadas as palavras: **rejeitada, aceitação, falta, incompleto, vergonha e dificuldade**, nas quais se pode observar expressões dos sentimentos negativos relacionados ao processo da mastectomia frente o outro, sendo rejeitada o oposto de respeitada, com essa última, representada no quadrante do núcleo central do estímulo corpo da mulher. A partir do item **vergonha**, pode-se verificar a existência de componentes relacionados ao

receio de se expor, como também sentimentos relativos a humilhação e constrangimento. Surgiram também questões alusivas a perda da mama com indicativo de aspecto importante para o corpo feminino, onde sua ausência causa sentimento de incompletude, como nas palavras falta e incompleto. Esse outro, referido, é por vezes o próprio parceiro, como bem expõe Maciel e Hirschle (2016), quando discutem que há uma interligação entre a representação do corpo e a imagem corporal e a forma a qual as mulheres vivenciam sua sexualidade.

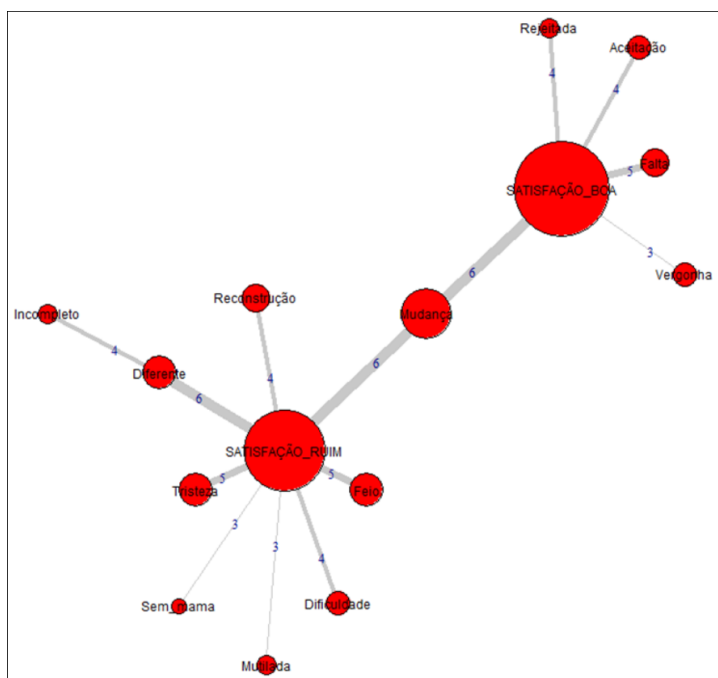
No quadrante inferior, da zona de contraste estão alocadas as evocações: **horror, depressão**. Os elementos desse quadrante são evocações de menor frequência, porém são importantes descritores das representações surgidas no núcleo central. No sistema periférico distante, representado no quadrante inferior direito, foram expressas as palavras: **não importa, fé, medo, desconforto, autoestima, saúde, respeito, deficiência, menos valorizada**. Os elementos periféricos distantes, constituídos por um número maior de ideias acerca do corpo da mulher mastectomizada, fazem a conexão entre a representação social das mulheres que passaram pela mastectomia frente a elas mesmas inclusive a iminência da finitude e o outro que está o tempo todo tão relacionado em tal processo.

O seio como veículo de nutrição, pode despertar na mulher o sentimento de incapacidade quando se depara com extirpação deste, impedindo-a assim de realizar a amamentação; assim sendo, os aspectos “deficiente” e “menos_valorizada” podem também estar relacionadas a tal questão (MACIEL; HIRSCHLE, 2016). Esse outro também pode ser descrito como a sociedade como um todo, perante as particularidades e sentidos do câncer de mama, a mulher acometida por tal enfermidade terá de lidar tanto com as questões práticas da doença, como seu tratamento e possíveis sequelas físicas e psicológicas, como também irá se defrontar com questões culturais concernentes à constituição da identidade feminina, em que certamente tais aspectos estarão entrelaçados na relação com a doença; com esta possuindo uma história, símbolos e significados sociais bastante especiais (MACIEL; SÁ, 2013; MACIEL; HIRSCHLE, 2016).

A evocação “fé” é possível de ser compreendida como o âmbito espiritual do sujeito – concepção como parte das características de saúde - é entendida como um aspecto que auxilia no processo de aceitação do tratamento, servindo como ferramenta de conforto frente às angústias, medos e a iminência da finitude (RODRIGUES, 2018). Essa questão pode ser vinculada a capacidade de enfrentamento da situação de perdas e dificuldades em função da cirurgia e do tratamento.

A partir dos dados coletados por meio da TALP, também foi possível a realização da análise de similitude; e para essa análise foi utilizado a variável **satisfação sexual para a mulher após a cirurgia**. Para tal análise foi categorizado a respostas das participantes, que eram de 0 (nada satisfeita) a 10 (muito satisfeita), sendo categorizada de 0 a 5 (satisfação sexual boa) e de 6 à 10 (satisfação sexual ruim). A seguir serão apresentados tais dados na figura 1.

Figura 1 - Resultado da análise de similitude do estímulo CORPO DA MULHER MASTECTOMIZADA considerando as variáveis satisfação sexual boa e satisfação sexual ruim



Fonte: autoras

Na Figura 1, observa-se um termo comum **mudança**, implicando no fato que independente da satisfação com a sexualidade a mudança corporal é um fato, um marco na sua sexualidade, e será determinante para sua autoestima e para sua sexualidade. No que se refere à **satisfação sexual boa**, pode-se observar a presença da palavra **aceitação** com força (4), trazendo conotação de ressignificação do processo tanto pela paciente como pelo parceiro; porém traz aspectos negativos, como **falta**, com força (5); surge também **rejeitada** com força (4) e **vergonha** com força (3). Importante perceber que mesmo tratando-se da evocação **satisfação sexual boa**, aparecem mais termos com conotação negativa em detrimento da positiva e a maior força está presente na palavra falta, expressão amplamente relacionada neste estudo com a ausência da mama. O companheirismo do parceiro é um aspecto significativo na recuperação, tendo em vista que o afeto e acolhimento de seu companheiro é incomensuravelmente importante para a readaptação da mulher após o processo de mastectomia (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

No tocante a **satisfação sexual ruim**, é possível verificar que a palavra **diferente** tem maior força (6) e logo à frente a elucidação de que diferença se trata, retratado pela palavra **incompleto**, com força (4), reforçando mais uma vez a questão da falta da mama. **Tristeza** e **feio** aparecem ambas com força (5), tais

aspectos fazem referência a um adjetivo e um sentimento que estão interligados e se retroalimentam. Manifesta-se também as palavras **reconstrução** e **dificuldade**, as duas com força (4), podendo-se demonstrar processos vivenciados na experiência da mastectomia. Com menor força (3) surgem as palavras **sem_mama** e **mutitada**, corroborando com a explicação do sentido da palavra diferente que foi descrito como incompleto, sendo a expressão **sem_mama** com o sentimento de mutilação; bem como evidenciando aspectos os quais giram todas as palavras surgidas relacionadas a satisfação ruim, que é a ausência da mama. Guerra *et al.* (2019) enfatiza que a ausência de compreensão por parte do companheiro junto a cônjuge neste momento, é percebido como uma agressão à mulher, atingindo expressamente sua autoestima e desejo sexual, pois o momento de evidenciação da doença e de seu tratamento são indispensáveis à existência de apoio, compreensão e afeto. Oliveira *et al.* (2019), acrescentam que a ausência do companheiro no processo, influencia a não adesão da mulher ao tratamento de câncer de mama.

Os dados acima fortalecem a observação já realizada em relação ao sentimento de incompletude e desfeminização ocasionado a partir da mastectomia; ato de extirpação da mama da mulher, causando-lhe grande impacto na sua autoimagem e

autoestima a partir da representação social acerca do corpo feminino - fortemente relacionada com a mama - entrar em desacordo com seu novo corpo, causando-lhe por vezes sentimentos negativos frente a si mesma e as suas possibilidades.

Tais questões também podem ser observadas a partir dos dados sociodemográficos, em que se pôde verificar que 82,5% das mulheres classificaram sua satisfação sexual antes da mastectomia como “boa”, e na questão referente a satisfação sexual depois da mastectomia, apenas 48,65% das participantes classificaram-na como satisfação boa. Nos dados brutos, onde se encontrava a satisfação sexual de antes e depois da mama classificados por números entre 0 e 10, onde 0 (zero) significa “satisfação sexual muito ruim” e 10 “satisfação sexual muito boa”, na perspectiva da satisfação sexual antes da cirurgia, 32,76% das participantes classificaram sua satisfação sexual como 10, para a classificação de 9 e 8, verificou-se a existência de 18,97% ambas, enquanto que para 0 foi averiguado a classificação de 6,9% da amostra. Nos dados referentes a satisfação sexual depois da cirurgia, foi observado uma queda na classificação sexual como 10 para 14,81% das mulheres, como também na classificação em 9 para 3,7% e de 8 para 12,96% das entrevistadas, ocorrendo o inverso no tocante a classificação da satisfação sexual depois da cirurgia como 0 (zero), correspondendo a 14,81% da mulheres

interrogadas. Percebeu-se ainda a existência de mulheres que mesmo mantendo-se com o mesmo parceiro após a mastectomia, manifestaram que não tem vida sexual ativa após a extirpação da mama. Maciel e Sá (2013) exprimem em escritos, como já citados anteriormente; bem como Guerra *et al.* (2019) e Silva *et al.* (2020), corroboram que o câncer de mama é o que causa mais receio entre as mulheres, não somente pelo motivo de sua grande frequência, mas especialmente pelas consequências psicológicas que principalmente a mastectomia ocasiona, gerando impacto na percepção da sexualidade e da autoimagem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, pôde-se observar que há uma ampla diferença entre as representações sociais do corpo da mulher e do corpo da mulher mastectomizada pelas mulheres que passaram pelo processo da mastectomia. Concernentes ao corpo da mulher se referem a tal como algo bonito e perfeito que é capaz de cumprir suas funções sociais, sendo desejado, respeitado e prevalecendo a autoestima. Já a representação do corpo da mulher mastectomizada objetivou questões relacionadas a ausência da mama e aos aspectos causados por tal como algo diferente, evidenciando a mudança ocorrida no corpo da mulher e a partir de tal, ressaltando pontos relacionados ao social no sentido da dificuldade de lidar com estas questões. Tais representações dispõem na mama característica decisiva para constituir-se mulher.

Neste sentido, pode-se pensar como forma de prevenção ao sofrimento causado pelo processo de desfeminização da mulher após a mastectomia, políticas que possibilitem o desarranjo das representações sociais dos sistemas periféricos, possibilitando assim a mudança de representações no núcleo central, como as referentes ao feminino, e ao corpo mastectomizado, estigmatizantes. Dessa forma, seria possibilitado que as mulheres sintam-se efetivamente mulheres – quando assim for sua escolha –

sem a exigência social lhes “prender” a aspectos “obrigatórios” do feminino, fazendo-as adentrar em profundo sofrimento quando um aspecto deste lhe é extirpado, alterando inclusive a questão da sexualidade após o procedimento cirúrgico.

A partir deste contexto, sugere-se mais ênfases nas políticas de prevenção existentes posto que estas ainda são ineficientes; podendo existir formas mais efetivas de prevenção. Tais políticas possuem o potencial de “poupar” o sistema de saúde de onerosos custos concernentes ao tratamento, bem como e primordialmente, a minimização do sofrimento causado a tantas mulheres com os sufrágios vividos no processo de tratamento ao câncer de mama; visando também que quão mais cedo o diagnóstico, menos invasiva e traumatizante será a mastectomia (se necessária), bem como os tipos de tratamentos dispostos para tal patologia.

Sugere-se que novos estudos sejam feitos para investigar mais profundamente como essa sexualidade prejudicada afeta a vida da mulher, bem como outras vertentes que causam interferência na vida das mulheres que passam pela mastectomia nos seus vários contextos.

Não menos importante, se faz necessário que os profissionais que lidam com tais pessoas, as quais demandam além de cuidados físicos, acolhimento de suas dores; tenham um

manejo humanizado, buscando compreender os aspectos que assolam essas mulheres no sentido de tratar não somente questões relacionadas ao fisiológico, mas também os sofrimentos que ainda não foram expressos da melhor forma. Dentre esses profissionais, destaca-se o papel da psicologia como essencial para o cuidado com estas mulheres, podendo-lhes proporcionar escuta especializada ou outros tipos de modalidades terapêuticas que sejam efetivas para acolher e auxiliar na elaboração do processo vivenciado.

Oferecemos este capítulo à todas as mulheres, que vivenciaram o câncer de mama e conseguiram superar a dor da perda e do tratamento. Foi mais do que uma experiência acadêmica, foi uma experiência vivencial e emocional. Um agradecimento especial às que fizeram parte da amostra deste estudo, pela imensa contribuição dada.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Specific processes of social representations. *Papers on Social Representations*, France, v. 5, n. 1, p. 77-80, 1996. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Specific+processes+of+social+representations.+Papers+on+Social+Representations&btnG=.

ABRIC, J. C. L'approche structurale des représentations sociales: développements récents. **Psychologie et Société**, Université de Provence, Aix-en-Provence, v. 4, p. 81-106, 2001. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=L%E2%80%99approche+structurale+des+repr%C3%A9sentations+sociales%3A+d%C3%A9veloppements+r%C3%A9cents.+Psychologie+et+Soci%C3%A9t%C3%A9&btnG=.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações Sociais: Aspectos Teóricos e Aplicações à Educação. **Revista Múltiplas Leituras**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 18-43, 2008. DOI: <https://doi.org/10.15603/1982-8993/ml.v1n1p18-43>. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/view/1169/1181>.

BENEVIDES, S. C.; RODRIGUES, V. I. Beleza pura: uma abordagem histórica e socioantropológica das representações do corpo e da beleza no Brasil. **Revista Mosaico**, UFRB, v. 10, p. 81-99, 2017. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/5547/3079>.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília: Presidência da República: casa civil, Brasília, DF, 22 de novembro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. [Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).]. **Gabinete do Ministro**, Brasília, DF, 16 maio de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html

CAMARGO, B. V. *et al.* Representações sociais do corpo: estética e saúde. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 257 – 268, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751437021>.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M.; ALVES, C. D. B. As funções sociais e as representações sociais em relação ao corpo: uma comparação geracional. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 269 – 281, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751437022>.

CHAVES, A. M.; SILVA P. Representações Sociais. *In*: TORRES, A. R. R. *et al.* (orgs). **Psicologia Social: temas e teorias**. Brasília, DF: Technopolitik, 2011. p. 413-464.

DEWES, J. O. **Amostragem em Bola de neve e respondent-driven simpling: uma descrição de métodos**. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>.

DHOQUOIS, R. O direito do trabalho e o corpo da mulher (França: séculos XIX e XX) Proteção da produtora ou da reprodutora?. *In*: MATOS, M. I. S., SOIHET, R. (orgs). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003. p. 43-56.

GUERRA, I. B. *et al.* Impacto da mastectomia radical na sexualidade feminina. **Vita et Sanitas**, Trindade, GO, v. 13, n. 2, p. 157 – 168,

2019. Disponível em: <http://fug.edu.br/revistas/index.php/Vitaet-Sanitas/article/view/188/164>.

INCA (Ministério da Saúde). Tipos de Câncer: câncer de mama. **INCA**, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acessado em: 14 março de 2020.

INCA (Ministério da Saúde). **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/situacao-do-cancer-de-mama-no-brasil-sintese-de-dados-dos-sistemas-de-informacao>.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. *In*: JODELET, D (org) **Les représentations sociales**, Paris: PUF. 1989. p. 31-61.

MACIEL, S. C.; HIRSCHLE, T. M. R. **Mulheres mastectomizadas e seus parceiros: representações sociais do corpo e satisfação sexual**. 2016. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Social) João Pessoa: Repositório Institucional UFPB, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/8537>

MACIEL, S. C.; SÁ, R. C. N. S. (2013). Câncer de mama e mastectomia: representações da doença e do corpo. *In*: ANGERAMI-CAMON, V. A.; ANDRADE, K. C. G. L. (Org.). **Psicologia e Câncer**. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 518-540.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf.

MORA, L. D. História do tratamento cirúrgico do cancro da mama - empirismo e ciência. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, Lisboa, v.

27, n. 2, p. 41-58, 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182013000400007

NUNES, M. R. M. *et al.* Autoestima e saúde mental: relato de experiência de um projeto de extensão. **Psicologia Argumento**. Curitiba, v. 31, n. 73, p. 283-289, 2013. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20487/19741>.

OLIVEIRA, T. R. *et al.* Câncer de mama e imagem corporal: impacto dos tratamentos no olhar de mulheres mastectomizadas. **Saúde e Pesquisa**. Maringá, v. 12, n. 3, p. 451-462, 2019. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p451-462>. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7404/3568>.

OMS. **Classificação Internacional de Doenças para Oncologia**. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português; Hospital do Câncer Fundação Antonio Prudente; Fundação Oncocentro de São Paulo. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2005. Disponível em: <https://luzmeira.com/cid/onco.pdf>.

OPAS (Brasil). **Folha Informativa – Câncer**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094.

SÁ, C. P. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 19-33, 1996. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v4n3/v4n3a02.pdf>.

PERROT, M. Os silêncios do corpo da mulher. *In*: MATOS, M. I. S.; SOIHET, R. (orgs). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003. p. 13-27.

QUADRADO, R. P.; TEIXEIRA, F. Representações de corpo e gênero em um centro de ciências. **Depòsit digital de documents de la UAB**. *In*: X Congresso Internacional Sobre Investigación En Didáctica De Las Ciencias. Barcelona, 2017. Disponível em: <https://ddd.uab.cat/record/182702>.

RODRIGUES, C. F. Mastectomia: A castração inscrita no corpo feminino?. **Centro Universitário UNIFAAT**. Atibaia, f. 28, 2018. Disponível em: <http://186.251.225.226:8080/handle/123456789/132>.

RODRIGUES, N. S. *et al.* O impacto da mastectomia na sexualidade da mulher. **Lecturas: Educación Física Y Deportes**, Buenos Aires – Argentina, v. 23, n. 242, p. 59-69, 2018. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/view/63/228>.

SÁ, R. C. N. S. **Corpo mastectomizado e representações sociais: Rede de significações que conduzem a ação**. 2013. Tese (doutorado em Psicologia Social), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6961?locale=pt_BR.

SEARA, L. S.; VIEIRA, R. X.; PECHORRO, P. S. Função sexual e imagem corporal da mulher mastectomizada. **Revista Internacional de Andrologia**, Espanha, v. 10, n. 1, p. 106-112, 2012. DOI: 10.1016/S1698-031X(12)70063-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1698031X12700638>.

SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Sergi Moscovici. **Anos 90**. Porto Alegre, n. 13. p. 128-133,

2000. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/anos90/article/view/6719/4026>.

SILVA, E. D. *et al.* As representações das mulheres mastectomizadas sobre seus corpos “alterados”. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 01, n. 3. p. 590-602, 2017. DOI: <https://doi.org/10.18673/ges.v1i3.23820>. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10394/9165>.

SILVA, M. G. *et al.* Qualidade de vida em pacientes mastectomizadas. **Repositório Institucional Tiradentes**, Maceió, 2020. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/3260>.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. *In*: VALA, J.; MONTEIRO, B. (Org.) **Psicologia Social**. Lisboa: Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano, 2000. p. 457 –502.

CAPÍTULO 5

ENTRE O RISCO SOCIAL E O RISCO NA PELE EM ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI: DESAMPARO E APELO À PROTEÇÃO¹

*Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros
Edilene Freire de Queiroz
Silvana Carneiro Maciel*

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo, fruto de pesquisa em psicanálise, parte da indagação sobre o que leva um adolescente em conflito com a lei a se marcar intencionalmente na pele, através de tatuagens, durante o tempo que esteve sob medida socioeducativa em regime fechado. Ao lado da inscrição cultural com suas produções de pertencimento, há que se perguntar sobre a realidade psíquica dos adolescentes que se tatuam em centros de acolhimentos durante a privação de liberdade. Foram escutados cinco adolescentes sobre sua motivação em realizar tatuagem enquanto estavam em unidades de ressocialização. Entre estar em situação de risco social e produzir riscos na pele, surge uma fronteira, borda, que faz circular os discursos atestando a condição de existência do

¹ Este capítulo faz parte do trabalho de dissertação da 1ª autora, intitulado *Histórias Marcadas na Pele*, vinculado ao mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco.

desamparo e o apelo de uma proteção. Em uma dimensão mítica ou da realidade, há um apelo para que o corpo seja olhado enquanto narrativa encarnada, direito ao uso de corpo enquanto linguagem, fundamentada na relação com o Outro.

Suporte da subjetividade, o corpo é o nosso primeiro universo; é ele que recebe as primeiras impressões do mundo: cheiro, sabores, luz, calor. Muito antes do pensamento, o corpo é sensação; é pelo corpo que um eu se exterioriza e possibilita a presença do sujeito no mundo. Os tempos sociais, afetivos, culturais e psíquicos passam pelo suporte do corpo para demarcarem sua existência; é nele que o sujeito se constitui, sendo também a primeira forma de visibilidade humana (SANT’ANNA, 2001)

O corpo se situa em uma dimensão individual e coletiva, sendo, na verdade, o limite das expressões culturais, como o lugar onde se inscreve a cultura e onde se encontra a distinção individual. Também sinaliza a determinação dos lugares sociais ou da posição de um sujeito em seu grupo. Vestuário, cor da pele, tipo de cabelo, tamanho das mãos e é assim que as marcas de raça, gênero, etnia, classe e nacionalidade são apreendidas. Temos constatado um grande número de pessoas que optam por mudar seu corpo inserindo pigmentos coloridos na pele formando desenhos, frases ou outros símbolos, expressando uma forma de comunicação. Há um apelo durante a marcação da pele. Uma

narrativa que se mostra ao olhar de outros. Marcas voluntariamente impressas no corpo como tatuagens e escarificações são manifestações corporais que podem ser tomadas como linguagem implicada com processos identificatórios e como expressão do sujeito (MOREIRA; TEIXEIRA; NICOLAU, 2010).

As marcas corporais correspondem a um conjunto de práticas que visam a ornamentar o corpo e que de forma literal se utilizam da sua superfície com recursos diversos de objetos materiais e de técnicas de aplicação. Há uma variedade de configurações, sendo as mais comuns no mundo ocidental as que usam de maneira mais moderadas de perfuração epidérmica, como a tatuagem e o bodypiercing (FERREIRA, 2008). Não é mais raro encontrar pessoas de todas as idades e expressões com algum símbolo ou frase tatuada em seu corpo (SILVA, 2014). A tatuagem ultrapassou as tribos urbanas da contracultura e da resistência para ceder lugar a uma cena como fator recorrente do código jovial que inspira o ar de potencialidade. As expressões visuais denominadas tattoo sinalizam traços voluntários no corpo, ao recobrir um discurso de rebeldia, irreverência, juventude como também seu compromisso marcado com o mercado de consumo.

Torna-se fundamental entender o corpo na sua polissemia, lugar do particular, das fantasias, sensações, estímulos, ao mesmo

tempo, lócus da biologia e da produção e efeito da cultura. Analisar as marcas corporais produzidas pelo sujeito revela uma perspectiva rica de multiplicidades de uso de corpos.

“O rompimento da fronteira com a pele com a finalidade de modificar os contornos e acrescentar elementos à silhueta, possibilita a criação de novas dimensões estéticas” (PIRES, 2005, p. 80)

Isto nos faz levantar indagações sobre as variações criativas que o homem encontra em estar se (re)significando. Como prática antiga, a tatuagem sempre foi motivada por várias questões: ornamentação, identificação, pertencimento, proteção, transcendência, enfim, as ressonâncias de uma cultura que se constitui permanentemente.

Diferentemente da história na cultura ocidental, dando o recorte ao nosso fenômeno urbano, na qual a tatuagem se restringia a marginais, à comunidade da fé, tais como marinheiro, herege e prostituta; a tatuagem expressa-se em rituais e expressões identitárias de grupos étnicos no nosso contexto urbano. Le Breton (2003) coloca que o uso das tatuagens está mais voltado para uma forma de expressão pessoal, de um si mesmo do que como estigma social; nessa mesma perspectiva, Honneth (2008) aponta que a busca por reconhecimento na atualidade revela como cada sujeito procura criar para si um lugar no mundo (SILVA; PASSOS, 2016). Assim, as frases contidas em

transcrições cravadas na pele, denotam, por um lado, uma produção própria da cultura, tendo suas significações pertinentes à representação no tempo e na história de dada comunidade, mas, ao mesmo tempo, apelam para ao que há de específico no sujeito que se permite representar de uma dada forma.

De um excesso visível no corpo, através de marcas na pele e tatuagem, depara-se com o pathos de adolescentes em situação de risco social que gravavam na pele suas histórias. O olhar do pesquisador encontra sempre algo que impulsiona mais e mais esse olhar. É nesse sentido que o pathos promove, sobretudo, a necessidade, o desejo de pesquisar. Sendo a Psicanálise nutridora de uma rede discursiva que atravessa a cultura, ao mesmo tempo, em que é alimentada pelo mesmo caldo cultural, ela cumpre o seu dever ético na medida em que reconhece a presença das várias perspectivas que constroem a existência humana. O que a psicanálise promove está em pôr em xeque as significações das produções humanas coletivas e singulares do sujeito psíquico, desde as grandes revoluções culturais, artísticas e políticas, efeito do lugar que o inconsciente formulou para psicanálise.

Tenta-se compreender o que há de singular nesse micro coletivo, ou seja, nas motivações dos adolescentes em situação de risco social em se tatuarem. Como representantes dessa condição de vulnerabilidade social, optou-se por trabalhar com

adolescentes que estavam privados de liberdade, como efeito do cumprimento de uma das medidas socioeducativa, encaminhamento oficial do Estatuto da Criança e do Adolescente destinados a adolescentes que transgridem uma lei. Com faixa etária entre 16 e 18 anos, cinco adolescentes foram entrevistados sendo todos pertencentes a classe economicamente desfavorecida.

A frase “amor só de mãe” tatuada no corpo do adolescente foi o ponto de captura e de mobilização da vontade de saber. Como interpelar o desejo desses que escolhem a frase acima? Que articulação pode-se fazer dela com as histórias de abandono, desamor e solidão? Nos discursos dos adolescentes em risco social, como os entrevistados, há um fato chama atenção: a forma de significar suas experiências de vida volta-se sempre para a restrição e privação a que são submetidos. É na delimitação do conceito de risco social que os adolescentes, sujeitos desta pesquisa, se encontram. Pelo termo situação de risco social entende-se que por suas circunstâncias de vida, os adolescentes estão expostos à violência e a um conjunto de experiências relacionadas a privações de ordem afetiva, cultural e socioeconômica.

1.1 Os Adolescentes e os riscos sociais e corporais

A origem da palavra adolescência no latim, *adolescere*, verbo que significa ‘crescer em direção à maturidade’ aponta para uma perspectiva desenvolvimentista, onde se constata que a adolescência é uma transição que promove grandes mudanças físicas, cognitivas e psicossociais. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define uma faixa etária determinante para o sujeito adolescente, relacionadas às questões jurídicas e culturais, que se estende dos 12 a 18 anos (BRASIL, 1990). A puberdade comparece na adolescência como um símbolo importante nesta etapa, dando ao sujeito que se chama maturidade sexual e capacidade de reproduzir (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Todos esses acontecimentos deixam marcas e especificidades próprias para o sujeito no seu meio e no seu psiquismo.

Em outra perspectiva, não desenvolvimentista, Alberti (2009) coloca que a adolescência é o paradigma da confrontação do sexo. Remeter a adolescência a uma condição psíquica, mais do que uma etapa a seguir, nos parece mais apropriado. Questões que são pertinentes à adolescência são também apresentadas por cada pessoa: quem somos nós, como escolher, o que fazer com essas escolhas e com a incerteza do caminho a tomar, e como lidar com

nossas perdas. Todas essas perguntas referem-se à intimidade de cada um, independentemente de sua faixa etária.

Nos riscos sociais entre adolescentes, perfaz-se um ato arriscado, perigoso e que pode causar danos. Em geral, há certo acordo entre os psicanalistas que as transgressões da adolescência não são necessariamente vistas como destrutivas e patológicas. Fazem parte do processo de individuação, característico do adolecer. Conceitos como “síndrome da adolescência normal” (ABERASTURY; KNOBEL, 1989); “A esperança dos sujeitos com tendência anti-social” (WINNICOTT, 1988); entre outros trabalhos atestam para essa compreensão. No entanto, a análise do que é ou não destrutivo implica numa noção mais ampliada, de acordo com o ideal de eu de sujeitos de uma cultura.

A adolescência, a depender de cada cultura, é manifesta nos ritos de passagens distintos, como modo de presença de uma transição da infância para a vida adulta, a exemplo disto, pode-se perceber a passagem da dependência infantil a emancipação do adolescente (NASIO, 2011). A adolescência por ser um momento de rupturas e de crises de identidades atesta um caráter de moratória social para o adolescente (CALLIGARIS, 2003) levando-o a reagir de diversas formas: ser gregário, religioso, transgressor, isolado, rebelde, entre outros qualificativos. Do ponto de vista dos pais, também há uma reformulação psíquica alternando entre a

promoção da autonomia e a insistência pela dependência. Todos, pais e filhos, acabam mudando de papéis sociais e sexuais, vivendo um luto esperado frente ao final das vivências infantis. Tratando-se de adolescentes cuja trajetória inclui inversões que fundam sua forma de existir: a rua no lugar da casa, o ato enquanto palavra, o bando ao invés do grupo, o rapto, roubo ao contrário da conquista e do trabalho, a droga tomando a vez da fala, o laço social funda-se na segregação e a agressão e a violência atestam um modo de se fazer presente.

Como a realidade psíquica desses adolescentes se processou cuja marca fundamental é o abandono e a negligência, temos apenas os seus efeitos. Não é foco de nosso trabalho detalhar de que forma a vivência de privação repercutiu na elaboração psíquica desses sujeitos, entretanto temos que considerar tal variável. "Se me ameaçam, eu tenho que matar, porque um vai ter que morrer": esta é uma das frases comuns em ser escutada e o sentido atesta que na rua há uma violência aniquiladora, apontando para uma banalização da vida. (BARROS; FREJ, MELO, 2014).

Na instituição, há dois movimentos. Um deles mostra-se a tentativa dos adolescentes tenderem a repetir na instituição as leis da rua, pela via de transgressões e destruição, revelando mais um comportamento de reflexo, quase se configurando como a reação

de um organismo. Por outro lado, parece haver a aposta de que o ato tem sua morada em um preliminar discurso que parece pedir lugar no campo do Outro. Barros, Frej e Mello (2014) dizem:

“Trata-se, nesse caso, de uma violência endereçada ao Outro, de uma tentativa de inscrição por meio da qual o ato violento emerge como uma maneira desenfreada em que o sujeito insiste em existir para o Outro” (BARROS; FREJ; MELLO, 2014, p. 03).

Uma das premissas que estão subjacentes neste trabalho aponta para uma constatação de que indivíduos com histórias de vida marcada por abandonos precoces ou recorrentes necessitam de um suporte mítico em suas elaborações psíquicas e a tatuagem, neste sentido, transforma-se num veículo para processos identificatórios. Longe de querer dar a esse tipo de tatuagem um cunho característico e exclusivo dos adolescentes em situação de risco, não podemos deixar, porém, de registrar sua presença frequente, conforme Moraes Mello (1995) não só entre os adolescentes estudados como entre presidiários, pessoas que, na sua maioria, são provenientes de uma juventude vivida em condições semelhantes. (RAMOS, 2001). O criminologista Moraes Mello (1995) estabelece uma correlação entre tatuagens e pessoas desviantes, ele registrou e analisou mais de 3 mil imagens perpetuadas nas peles de presidiários. Este estudo indica que as tatuagens vão além do prazer pela estética pura; mostra que cada

uma delas tem um significado específico, que só quem vivia no presídio flagrava. Há tatuagens que conotam quais as especialidades do detento no mundo do crime, outras identificam suas preferências sexuais; o autor se preocupa em identificar nessa relação entre tatuagem e criminologia, códigos de um grupo específico (RAMOS, 2001).

Charles Melman (1992) diz que no delinquente há uma falha na inserção do mundo simbólico que se caracteriza também pelo acesso do objeto que não é organizado pelo símbolo, mas pela apreensão, pelo rapto, pela violação. Diz Melman (1992, p.43):

“É preciso desenvolver esta observação notando que não é somente o acesso ao objeto que se encontra particularizado na delinquência, mas o objeto mesmo não parece tomar seu preço senão justamente à condição de ser raptado, como se o preço deste objeto fosse feito apenas pelas condições de sua aquisição” (MELMAN, 1992, p. 43).

Esta questão nos remete também à própria opção de fazer tatuagem em grupo, expressando aí a força de coesão do grupo; ou seja, a relação estabelecida entre os pares possui uma característica bastante peculiar em relação aos adolescentes e funciona mesmo como instrumento de poder entre eles. Quantos adolescentes não se submetem a provas e situações de riscos para atestarem sua pertinência ao grupo que pertencem?

Uma definição que trata de crianças e adolescentes que transgridem uma lei do estado é a de “menores em conflito com a lei”. De imediato surge-nos a questão se esta não seria uma definição da própria adolescência? Qual não traz em si um conflito com uma lei. Ou melhor, dizendo, qual adolescência não é transgressora? Transgressora no sentido de ultrapassar um limite marcador da infância com seu universo de valores identificados e misturados com o universo dos pais. E que neste objetivo, esta transgressão não deve necessariamente assumir o tom da criminalidade ou da delinquência, mas o de embate, de oposição. Oposição à palavra do pai seja, num confronto de ideias, de valores, estilos, atitudes etc., mas que proporcione reação e distinção.

Em 2015, o Tribunal de Justiça de Goiás encaminhou para a Procuradoria Geral de Pernambuco a cópia do “Programa de remoção de tatuagens vinculada ao crime”, com o intuito de apresentar uma ação de promoção contra a inserção ou reinserção dos sujeitos em facções criminosas. Nos Estados Unidos programas semelhantes são mais antigos e que resvala na ideia da remoção de tatuagens; a ênfase desses programas promete um “recomeço limpo”, sem as marcas de um passado vinculado ao crime e ao comportamento antissocial, representadas pelas tatuagens. A proposta é que se possa prevenir a inserção ou

reinserção em facções criminosas (SILVA; PASSOS, 2016). Silva e Passos (2016) colocam que esses programas não dão em conta dimensão do apelo ao reconhecimento, imbuído nos sujeitos ao tatuarem-se. Alertam os autores que parece haver uma promessa de reinício ao retirar as marcas, mas uma impossibilidade do programa fornecer um acompanhamento necessário aos presos na grande ação de sustentar essa mudança, na implicação mesma de uma retificação subjetiva.

Na verdade, não se pode apostar numa mudança apenas na aparência, na fachada; pois esta pode ser a expressão de algo bem mais amplo e profundo. Diante disso, será apresentada agora a voz dos adolescentes em conflito com a lei, entre 16 e 18 anos, originados de classe social baixa e pertencentes a instituições não governamentais que desenvolvem programa de inclusão social, e governamentais destinadas a vigilância da proteção integral do jovem em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente. A pesquisa perpassa pela indagação sobre o que leva um jovem a se marcar intencionalmente na pele, através de tatuagens, da produção de riscos na pele, trazendo à tona sua própria existência.

1.2 A escuta aos adolescentes

Diante do exposto, iremos apresentar os pontos mais significativos de um grupo focal e de entrevistas a partir da escuta a cinco adolescentes, entre 14 e 16 anos, em unidade de ressocialização na cidade do Recife-PE. Foi realizado um grupo focal, num primeiro encontro e três entrevistas semiestruturadas, acontecidas em dias posteriores ao grupo focal. As questões das entrevistas seguiram o eixo com três direcionamentos de perguntas: a motivação deles em realizar tatuagem enquanto estavam sob medida socioeducativa, a escolha pela imagem, o que mudou a partir dessa inscrição. Todos os cinco jovens participaram do grupo focal e dos cinco, apenas um jovem não participou da entrevista por motivos institucionais.

A partir da gravação e da transcrição das entrevistas e do grupo focal, os dados foram analisados seguindo a análise de conteúdo de modalidade temática (MINAYO, 2008), configurando duas categorias: 1) motivação da tatuagem e suas histórias e 2) implicações do olhar: ver e ser visto. Salientamos que as siglas dos nomes dos adolescentes são fictícias.

1.2.1 MOTIVAÇÃO DA TATUAGEM E SUAS HISTÓRIAS

O grupo focal se deparou com a surpresa de uma fala de um adolescente ao dizer que havia uma máquina de tatuagem dentro

da unidade de ressocialização, o que causou um silêncio ensurdecedor em todos, após a revelação do fato; tal porte era proibido, não estava nas normas da instituição. Efeito surpresa a partir da fala de um adolescente, o que chama atenção com a revelação deste fato, é que parece haver um prazer destinado a realizar marcas no corpo, levando a se perguntar onde está o teor da transgressão, se no porte da máquina ou no próprio ato marcado na pele. Sobre a relação entre transgressão e tatuagem, Silva (2012) diz que a ideia de transgressão permanece presente no imaginário de muitos tatuados.

Perguntamos tanto no grupo focal, como nas entrevistas aos adolescentes pesquisados porque os adolescentes que estão nas unidades se tatuam. Foi unânime a resposta apontando para o belo e pelo prazer em ter algo que eles consideravam bonito. “Porque gosto” e “Porque é bonito”. O belo aparece nessa mesma proporção da referência ao amor materno ficado na pele. Quando surgiu a indagação da pesquisadora para falar sobre a tatuagem que eles escolheram, B.P responde “desse rosto a gente nunca esquece, é a coisa de mais valor na vida da pessoa”, referindo-se ao rosto da mãe desenhado em sua barriga.

Desmembrando a frase de B.P, se a segunda afirmativa apela para o sentido de preservar, na carne, a mãe como um valor, a primeira denega a existência dela, pois é preciso perenizá-la na

carne para não esquecer. Assim podemos interrogar: se o adolescente não se esquece do rosto da mãe porque ter o seu rosto desenhado na pele? A outra vertente da análise já não se trata de uma denegação, mas de uma invocação onde seria possível demarcar na pele o objeto invocado, traduzindo o real da linguagem no discurso do sujeito.

Sobre a questão da invocação, Costa (2003) falará que dentre as “figuras de ausências” tão fomentadas pelos colecionadores, existe o aspecto de que “a ausência é destacada do senso comum, quando se busca representar na pele uma memória que não se desloca, não se substitui” (COSTA, 2003, p. 135). Ou seja, para esse adolescente talvez só falar sobre a importância da mãe não seja suficiente para dar conta de um excesso, então, dessa forma, é preciso colocar na pele. Cabe a indagação de que há um paradoxo, pelo que não se apresenta como o é na palavra dita e na palavra cravada na pele. A realidade mostra-se muito mais cruel, através de abandonos precoces tanto dos pais como dos filhos, estes “preferindo” a permanência na rua. Não é demais afirmar que não há opção, nos mais variados casos de adolescentes em situação de risco social, e sim, uma imposição que impele sua ida às ruas e a condição de estarem sob situação de vulnerabilidade.

Para quatro dos cinco adolescentes a frase “amor só de mãe” significava três palavras “homossexualidade”, mas também

“dinheiro de otário” e “pau só de polícia”. Da forma como eles colocaram, parecia uma linguagem codificada. Aparentemente, a cadeia associativa não guarda um nexo, porém há entre elas um encadeamento lógico; as três situações são únicas, irreversíveis e contundentes: 1) o amor é só de mãe, quem pode oferecer algum tipo de apoio e cuidado, ninguém mais; 2) apanhar só da polícia, pois da forma como eles perceberam, não há como fugir dela, visto que estavam de certa maneira, na unidade de ressocialização pela via da polícia. Apanhar dos outros jamais, é caso de vida e de morte e 3) dinheiro só de otário, ou seja, a responsabilidade não é de quem rouba, mas de quem não toma conta do seu próprio dinheiro. O sentido da homossexualidade atribuída a frase “amor só de mãe” encontra na expressão “pau só de polícia” uma ressonância interessante. O duplo sentido do significante pau presta-se ao cacete (arma), como o pênis, pois é em torno dos atributos fálicos que muitos adolescentes se posicionam para demarcarem sua existência.

O corpo se apresenta como fonte de liberdade e, ao mesmo tempo, como escravo de padrões de estética e julgamentos. No entanto, para aqueles que estão privados de liberdade, talvez o corpo seja o único espaço que têm para se expressar sem a interferência do outro, haja vista o número de tatuagens realizado dentro de abrigos e prisões. Aliás, o corpo é um dos poucos canais

para que o excesso pulsional vivido pelos adolescentes infratores, sob a condição de internamento, tenha vazão. Os riscos na pele de quem está sob risco social nos coloca em um campo tênue de diferenciação. A passagem da nomeação “de risco” para o próprio risco, a partir da inscrição na carne, é uma das características encontradas nesses adolescentes. Algumas experiências precisam ser riscadas na pele para tomar existência, assim como para proteger os sujeitos.

1.2.2 IMPLICAÇÕES DO OLHAR: VER E SER VISTO

À pergunta sobre se o tatuado é mais olhado do que aqueles que não têm tatuagens os adolescentes afirmaram positivamente, e na sequência da frase, o grupo comenta sobre as tatuagens que eles gostam mais de olhar. São as figuras da índia, morte, caveira, dragão e “amor só de mãe”. Enquanto controle dos monstros, dos demônios que parecem estar fora de si, mas que são nada mais que o Outro em que eles não conseguem completar. Os símbolos diversos, como armas, caveiras servem de proteção externa, mas, ao mesmo tempo interna. “Amor só de mãe” corresponderia também a uma proteção do sujeito.

Sobre as tatuagens que os adolescentes entrevistados mais gostam, há dois grandes eixos de elaboração. O primeiro diz respeito à temática da morte, através de figuras de caveira, boneco

assassino, morte, armas, todas vinculadas ao caráter mais destrutivo, e sobretudo, vivência cotidiana para muitos desses adolescentes. O segundo eixo está na relação de um pedido de socorro e proteção, através das figuras do Cristo, santas, nomes ou letras de pessoas significativas, e a própria frase “amor só de mãe”, que funciona também como um talismã.

No convívio com tais jovens, é perceptível o desamparo e a solidão. Assim, como é falado sobre o seu núcleo familiar. Recorrer a símbolos representa um recurso mágico e mítico, apelo de proteção, de força e que, ao mesmo tempo, afasta e amedronta os inimigos. Comenta R.P que tais figuras servem para “mandar recado aos inimigos, às almas sebosas”. Quem trabalha com esse público sabe que o nome “mãe” é sagrado, se for tocado gera brigas e violências. A mãe ocupa um lugar absoluto e inatingível. Nesse contexto podemos interpretar que a mãe mítica é chamada a ocupar o lugar da mãe real uma vez que esta falhou em exercer suas funções maternas.

No início da vida, quem acolhe o impacto das forças pulsionais, procurando dar-lhes nome e sentido, é a mãe (ou seu substituto). “Trata-se, aqui, não apenas de acolher, mas de acolher e nomear; é esse acolhimento e essa nomeação que dão ao bebê a experiência da presença da mãe” (Fernandes, 2003, p.106). A magnitude da vinculação do adolescente com a mãe contém a

dimensão do que se operou nessa relação e o que se perpetua no momento da adolescência, mesmo de um modo mítico.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dar corpo à ignorância e transformá-la em experiência e em pesquisa promoveu um deslizamento do que se opera na produção de um saber. Do incômodo transferencial a palavras escritas em papéis; dar ouvidos às palavras, ao tempo de sua formulação, a quem cometeu atos que lhe ultrapassam, permite também visualizar o entrelaçamento com as carências primitivas e perdas ainda para serem elaboradas. O corpo passa a ser escutado, mesmo que, a partir de um ponto de vista, da adolescência, pela gravidade dos atos cometidos, por muitos desses adolescentes. Mas, para quem navega com a Psicanálise, a ética do desejo passa longe da moral, e mora ao lado do corpo e mesmo nele.

A existência de um corpo não é um processo natural e simples. As formações sociais e históricas se valem dele para a demarcação da constituição de sociedades e de grupos, assim como é preciso o investimento libidinal entre a mãe e seu bebê para lhe dar existência. O que aparentemente sela o acordo de um código entre pares, entre adolescentes, adquire proeminência quando pode ser colocado na abertura de histórias de vida e de

morte. O corpo para esses adolescentes, que vivem em situação de risco social, é a própria morada do ser, diário das histórias vividas, palco das tragédias e conflitos e confronto com o Outro, também espaço da invenção e do diálogo. A pele funciona como borda, fronteira entre o imaginário e o real da vida. A frase “amor só de mãe” entra nesse cenário, materializada na carne, nas sensações primitivas do tato que se reportam à relação primeira com a mãe.

A inscrição da frase “amor só de mãe” na pele deixa como questão certa significação na direção de um amor. As narrativas atestam que a privação e negligência dos cuidados maternos se associam, paradoxalmente, à representação imaginária e mítica de que amor só de mãe. A possibilidade de se pensar em uma mãe mítica na contraposição da mãe real atesta para o caráter sagrado em relação à mãe. Primitiva e arcaica, esta significação da mãe sagrada é expressa pelos símbolos míticos da maternidade, como, por exemplo, a letra da mãe, o desenho do rosto da mãe no corpo e o ódio ao se deixar tocar no nome da sua mãe em vão.

Tentar articular o corpo na sua complexidade, pela via da identificação e do imaginário, associado a adolescentes em situação de risco social, nos levou a encontrar no mito um ponto de ancoragem. O mito atesta um suporte discursivo a algo que não pode ser transmitido; dito de outra forma, ele torna o insuportável

suportável. Foi assim com Édipo, é assim com todos: romances familiares, novela ficcional, que reatualiza o sofrimento humano ante ao desamparo e à exclusão. O mito relacionado a tatuagem, aos riscos na pele, vinculado ao desamparo e ao apelo à proteção, inscrito na frase “amor só de mãe”.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artmed, 1989.

ALBERTI, S. **Esse sujeito adolescente**. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2009.

BARROS, P. C. M., FREJ, N. Z., & MELO, M. F. V. Vou pintar o terror!: Pois bem, veja então isso!. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 3, p. 604-615, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3-Suppl.p604.3>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142014000600604&script=sci_arttext&tlng=pt_

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. 4. ed. Brasília: Senado Federal, 1990.

CALLIGARIS, C. **Adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2003.

COSTA, A. **Tatuagem e Marcas Corporais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

COSTA, J. F. **O Vestígio e a aura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

FERREIRA, V. S. **Marcas Que Demarcam Tatuagem, bodypiercing e culturas juvenis**. Lisboa: ICS, 2008

FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

HONNETH, A. Trabalho e reconhecimento: Tentativa de uma redefinição. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 8, n. 1, jan.-abr. 2008

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas: Papirus, 2003.

MELMAN, C. **Alcoolismo, delinquência e toxicomania: uma outra forma de gozar**. São Paulo: Escuta, 1992.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec: 2008.

MOREIRA, J. O.; TEIXEIRA, L. C.; NICOLAU, R. F. Inscrições corporais: tatuagens, piercings e escarificações à luz da psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 585-598, Dec. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000400004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1415-47142010000400004&lng=en&nrm=iso.

NASIO, J.-D. **Como agir com um adolescente difícil?: um livro para pais e profissionais**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed editora, 2013.

PIRES, B. **O Corpo como suporte da arte: piercing, implante, escarificação, tatuagem**. São Paulo: Senac, 2005

RAMOS, C. **Teorias da Tatuagem: corpo tatuado: uma análise da loja StoppaTatto da Pedra**. Florianópolis: UDESC, 2001.

SANT'ANNA, D. B. **Corpos de passagem. Ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SILVA, G. M. **Um estudo sobre as funções da tatuagem e da identificação à luz da psicanálise freudiana**. Tese (doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SILVA, G. L.; PASSOS, M. C. Um lugar para chamar de seu: uso de ta-

tuagens por adolescentes em programas socioeducativos. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 46, p. 67-76, dez. 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372016000200007&lng=pt&nrm=iso.

WINNICOTT, D. W. **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

CAPÍTULO 6

A CONSTRUÇÃO DO TRABALHO EM REDE E O DESMONTE DA RAPS: AVANÇOS E RETROCESSOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

*Betânia Maria Oliveira de Amorim
Laíne Louise Carvalho de Almeida*

1 INTRODUÇÃO

1.1 Da perspectiva manicomial à constituição da RAPS

A mudança da perspectiva sobre as políticas de saúde mental empregadas no Brasil ocorreu na década de 1970, quando a Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM foi alvo de críticas, com uma grande repercussão nacional, devido às inúmeras denúncias sobre práticas violentas e abusivas, tortura, corrupção, longas jornadas de trabalho e condições estruturais precárias. Inicialmente, as queixas e reivindicações dos profissionais recém-formados tinham um interesse institucional, mas gradativamente foi se instaurando uma discussão sobre o lugar da loucura, do doente e das instituições psiquiátricas ou manicomiais, resultando no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM (FARINHA; BRAGA, 2018).

O cenário que vai ser delineado, tanto para o movimento da saúde mental quanto para o movimento sanitaria, no contexto da

luta contra a Ditadura Militar no Brasil (1964-1985), se caracteriza pela existência de diversas violações sociais, econômicas, da ordem dos direitos humanos e de violências praticadas pelo Estado autoritário, nessas circunstâncias se relaciona também as inúmeras violações ocorridas dentro das instituições psiquiátricas (AMARANTE; NUNES, 2018). É durante esse regime ditatorial que ocorre a realização de um convênio, o Plano de Pronto Ação, em que o governo repassa mais que 90% dos recursos que seriam destinados à saúde mental para os hospitais psiquiátricos privados. Portanto, a construção de diversas políticas voltadas para atender as demandas populacionais, inclusive as da saúde, acontece no período de diálogo voltado para as questões sobre a garantia de direitos e sobre a constituição de um governo democrático (WAIDMAN, ELSEN; 2006; VECCHIA, MARTINS; 2009; FARINHA; BRAGA, 2018).

Com a realização de dois eventos em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e o II Congresso Nacional do MTSM, o movimento passa por uma renovação teórica e política. A I CNSM ocorre em meio a uma tensão, devido a uma discordância do MTSM com a DINSAM e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) sobre uma maior participação populacional na discussão que permeava a renovação das práticas em saúde mental,

momento em que as duas últimas entidades citadas divergiram radicalmente. No II Congresso Nacional do MTSM, na cidade de Bauru, surge o lema “por uma sociedade sem manicômios”, com a instituição do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que perde a característica de um movimento constituído por trabalhadores para se tornar um movimento e uma luta de toda a sociedade. Desse modo, o Movimento da Luta Antimanicomial - MLA não se resume a dialogar com os sujeitos com sofrimentos psíquicos graves e suas respectivas famílias ou os trabalhadores da saúde mental, mas busca extinguir os manicômios e as práticas que remontam a lógica manicomial, como atitudes “normalizadoras”, discriminação e segregação, e que estão presentes na sociedade, menosprezando a singularidade dos sujeitos que a compõem (AMARANTE; NUNES, 2018).

Consoante à construção do movimento, em 1989 é elaborado o Projeto de Lei, 3.657/89, que resulta na promulgação da Lei nº 10.216/2001, denominada Lei Paulo Delgado, a qual se torna um marco histórico para a saúde mental brasileira por efetivar a Reforma Psiquiátrica (FARINHA; BRAGA, 2018). Busca-se, através desse dispositivo legal, garantir os direitos dos portadores de sofrimentos psíquicos, repensar o modelo de assistência atuando preferencialmente com base territorial, de

forma intersetorial, mantendo o diálogo com a sociedade enfatizando a singularidade dos sujeitos (SOARES *et al.*, 2017).

À luz desse cenário, ocorreram grandes avanços no período entre 2002 e 2012, como um significativo aumento dos Centros de Atenção Psicossocial, regulamentados através da Portaria/GM nº 334 de 2002, maiores investimentos nos serviços substitutivos e uma redução dos leitos psiquiátricos e dos gastos hospitalares. Porém, apenas em 2011, é constituída a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, por meio da Portaria GM/MS nº 3.088, que busca dimensionar os diversos serviços substitutivos nos níveis de complexidade da atenção psicossocial, articular esses dispositivos com os demais serviços da saúde sob a perspectiva territorial, atender as demandas das pessoas com transtornos mentais e com dependência química, devido ao uso do álcool, crack e outras drogas, com a implementação de projetos terapêuticos singulares (BARBOSA *et al.*, 2017; FARINHA; BRAGA, 2018).

Desse modo, a RAPS passa a constituir uma verdadeira rede de atenção à saúde mental com componentes na Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório de Rua, Centros de Convivência e Cultura e Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório), na Atenção Psicossocial Estratégica (as diversas modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial), na Atenção de Urgência e Emergência

(Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e leitos em hospitais de atenção à urgência), na Atenção Hospitalar (enfermaria especializada em hospitais gerais e Serviço Hospitalar de Referência). Porém, a rede, seguindo as propostas da Reforma Psiquiátrica, abarca outras questões que ficam limitadas ao tratamento no período da crise, há também dispositivos estratégicos de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa) e de reabilitação psicossocial, através de cooperativas sociais, empreendimentos solidários e a promoção de geração de trabalho e renda (FARINHA; BRAGA, 2018; SAMUDIO *et al.*, 2017).

Contudo, as mudanças estruturais ocorridas nos serviços de saúde mental, almejados desde o movimento do MTSM, dentro da RAPS enfrentam inúmeras dificuldades no manejo do trabalho, desde a realização de ações dentro do território, a construção de projetos terapêuticos singulares e coletivos, a recorrente centralização do tratamento medicamentoso e as perspectivas tradicionais de tratamento que remontam às concepções manicomiais (BARBOSA *et al.*, 2016). Ademais, segundo Heimann (2005, apud FARINHA; BRAGA, 2018), a expansão do pensamento neoliberal, que foi disseminada no plano internacional durante a década de 80, provocou prejuízos para o diálogo sobre os investimentos públicos no Sistema Único de Saúde - SUS, refletindo em um

subfinanciamento recorrente na área da saúde e, consequentemente, na saúde mental (TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017). É importante salientar que, desde a instabilidade política instaurada em 2016, os serviços públicos de saúde e todo o setor de políticas públicas vêm sendo atravessados por inúmeros retrocessos, passando inclusive por um congelamento de gastos em saúde e educação, por um período de 20 anos. Ademais, na contramão de todos os objetivos da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial, recursos financeiros que seriam direcionados para os serviços substitutivos que compõem a RAPS são desviados, através de normativas emitidas pelo Ministério da Saúde, para financiar comunidades terapêuticas e componentes hospitalares (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2018).

Apesar dos vários embates a RAPS se tornou uma das redes prioritárias da atenção à saúde. Devido à importância dessa rede de atenção psicossocial propõem-se, neste artigo, uma revisão sistemática da literatura, cujo objetivo é demarcar como a RAPS vem se mantendo e como seus dispositivos vêm funcionando ao longo do período compreendido entre 2014 e 2019, observando seus avanços, demarcando os retrocessos na política de saúde mental e o processo nomeado de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial e das conquistas da Reforma Psiquiátrica, por uma

sociedade livre de práticas manicomiais e do controle de corpos e subjetividades.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. De acordo com Galvão e Pereira (2014) (GALVÃO; PEREIRA, 2015), este é um tipo de investigação focada em uma questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis. Para estes autores, essa modalidade de estudo pode trazer informações gerais sobre o tema abordado, sendo considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisão. Geralmente, por seguir um rigor metodológico e apresentar um resultado novo, é conceituada como uma contribuição original, permitindo assim que outros pesquisadores possam repetir o procedimento.

A revisão foi realizada por meio do levantamento de material científico no período de setembro a outubro de 2020, com o objetivo de responder à seguinte questão de pesquisa: como a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS vem se mantendo e quais são os processos utilizados para o desmonte desse dispositivo de saúde?

A busca *on-line* por artigos originais foi realizada nas bases de dados das plataformas de pesquisa da Biblioteca Virtual em

Saúde - BVS e do CAPES - CAFE (Comunidade Acadêmica Federada) utilizando-se os seguintes critérios de inclusão: artigos originais na íntegra, disponíveis de forma gratuita, publicados entre os anos de 2014 e 2019, estudos brasileiros, no idioma português e que estivessem relacionados a temática. Como critérios de exclusão foram considerados estudos resultantes de dissertações, teses, relatórios de pesquisa, trabalhos de conclusão de curso e monografias de especialização.

Após reunir a literatura disponível nas bases selecionadas, em conformidade com os critérios de inclusão estabelecidos foram obedecidas, respectivamente, as seguintes etapas para o delineamento da pesquisa: leitura seletiva e escolha do material adequado ao objetivo proposto nesse estudo; leitura analítica e análise dos textos e, por último, a realização de leitura interpretativa para sistematização dos resultados.

Conforme mencionado os dados foram extraídos das plataformas de pesquisa BVS e CAPES – CAFE. Na base de dados BVS, foram utilizados os descritores “atenção à saúde”, “assistência à saúde”, “serviços de saúde mental”, “atenção psicossocial” e “dispositivos” aplicando o conector “AND”. Foram encontrados 34.424 resultados, com a utilização dos filtros restaram 23 resultados. Após a leitura, apenas 12 artigos atendiam aos critérios de inclusão propostos. Na base de dados dos periódicos

CAPES – CAFE foram utilizados os descritores "serviços de saúde mental", "atenção à saúde", "assistência à saúde" e "dispositivos", articulados pela partícula aditiva “AND”, obtendo-se 146 itens que, após a utilização dos filtros, resultou em 46 artigos. Após a análise do material, 23 artigos foram enquadrados nos critérios de inclusão.

Desse modo, foram encontrados inicialmente 34,570 artigos, porém, após leitura criteriosa, utilizando os critérios de inclusão e exclusão propostos pelo protocolo preliminar de pesquisa, foram elegíveis 35 artigos para compor o corpus do estudo cuja análise dos artigos permitiu abordar os seguintes itens: atuação da RAPS, os desafios do trabalho em rede, medicalização, o CAPS AD e as comunidades terapêuticas e a atenção psicossocial de crianças e adolescentes, sobre os quais discutiremos a seguir.

3 DISCUSSÃO

3.1 A atuação da RAPS

Uma das transformações mais expressivas da mudança de perspectiva teórica e assistencial, com o advento da lei que tornou normativa a Reforma Psiquiátrica, foi a diminuição significativa dos leitos psiquiátricos, com uma redução de quase 70% entre a

década de 1970 e 2014. Depois de cinco anos da promulgação da lei, os gastos repassados aos serviços de base comunitária foram maiores que os gastos com leitos hospitalares e o repasse financeiro para a atenção psicossocial aumentou em mais de 50% entre 2002 e 2013. Esse cenário de investimento contribuiu para que em 2014 fossem registrados os serviços de 2 mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 610 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) direcionados à atenção em saúde a mais de dois mil sujeitos egressos de internações em processo de desinstitucionalização e mais de quatro mil beneficiários do Programa de Volta Para Casa (PVC) (AMARANTE; NUNES, 2018; TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017). É importante destacar que o processo de consolidação da redemocratização acompanha o desenvolvimento de diversas políticas públicas, inclusive no âmbito da saúde pública e, em especial, da atenção psicossocial.

O trabalho realizado no interior dos CAPS, por exemplo, deve seguir a concepção da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), elaborados através da conjugação do usuário do serviço e da sua família com a equipe multiprofissional, relacionando também a inclusão social. Com esse direcionamento, as atividades do cuidado compreendem um acompanhamento psicoterápico individual ou processos grupais, o uso de medicamentos com acompanhamento, a realização de oficinas

terapêuticas, atividades artísticas e comunitárias, assistência domiciliar aos usuários e seus respectivos familiares. O PTS é de extrema importância, pois a centralização do cuidado está voltada para o sujeito, considerando as suas vontades, desejos, limitações, a sua história, para além do histórico médico, colocando a família também em perspectiva e abandonando as limitações da patologização do modelo biomédico (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015; FAGUNDES JUNIOR; DESVIAT; SILVA, 2016).

Dessa forma, e através do laço construído entre o usuário-família-equipe, se constitui uma rede de cuidado que viabiliza o acolhimento dentro dos dispositivos de saúde, que deve acontecer, preferencialmente, dentro do território do usuário. Segundo Fagundes Júnior, Desviat e Silva (2016), o Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) determina ao CAPS o território onde serão desenvolvidas as suas atividades com os demais serviços de saúde. De maneira consoante, a inserção do serviço dentro do território e o trabalho assim delineado possibilita que o usuário seja assistido no seu ambiente de familiaridade e de suas relações interpessoais, que irão viabilizar a manutenção desses laços, o exercício da cidadania como sujeitos de direito, a continuidade dos cuidados fora dos serviços e a reinserção social após períodos críticos (BARBOSA *et al.*, 2016).

A proposta da Reforma Psiquiátrica é desconstruir a lógica praticada dentro dos manicômios, não sendo limitada pelo ambiente concreto. Essa mesma perspectiva está presente na centralidade da patologização, no controle dos corpos por contenções físicas, químicas e morais, as práticas estigmatizantes e excludentes (ARGILES *et al.*, 2017). Portanto, viabilizar a produção subjetiva dos sujeitos, a produção de sentidos e significados, os saberes e fazeres distantes da dimensão “normalizadora” e disciplinar, dentro dos serviços e para além das suas paredes, constitui um dos desafios contemporâneos da atenção psicossocial e a continuidade do caminho que a Reforma Psiquiátrica ainda falta percorrer.

3.2 Os desafios do trabalho em rede

Quase vinte anos após a promulgação da lei que mudou a perspectiva de trabalho dentro da saúde mental, a rede de serviços substitutivos passou por um período de diversos avanços, porém ainda verifica-se a permanência de algumas práticas que remontam ao modelo praticado pela psiquiatria clássica e que viabiliza ainda mais as práticas adoecedoras (NUNES; GUIMARAES; SAMPAIO, 2016). Esse cenário é estruturado nas relações hierárquicas, no caráter disciplinar e tutelar das relações estabelecidas com o usuário, na centralidade da perspectiva patológica, nas ações “normalizadoras” contra a posição do “louco”

na sociedade e em outras limitações que são resquícios das práticas tradicionais do cuidado (ARGILES *et al.*, 2017).

A exemplo do que foi mencionado está a centralização dos cuidados no CAPS, pois ele se constitui como dispositivo de importância estratégica dentro da proposta que estrutura a RAPS. Contudo, não se pode afirmar que as práticas historicamente utilizadas foram superadas. É possível constatar que ainda há uma prevalência da medicalização e dos trabalhos individuais, deixando de disponibilizar outras alternativas como as oficinas terapêuticas. É necessário enfatizar que os trabalhos realizados de forma restrita ao ambiente do serviço enfraquecem a ligação que os usuários possuem com o meio social, a relação com o território e reforça a lógica de caráter asilar (BARBOSA *et al.*, 2016). Outro agravante é a instituição do CAPS como o principal serviço da rede, provocando a invisibilidade de outros dispositivos consagrados pelos trabalhos dentro dos eixos norteadores da reforma psiquiátrica, que prestam atenção aos sofrimentos psíquicos sem a crise aguda, como os Centros de Convivência e Cultura e os Consultórios de Rua (FARINHA; BRAGA, 2018).

É importante elucidar que os serviços de saúde devem estar articulados de acordo com as demandas e os níveis de complexidade. Através do matriciamento, os dispositivos da Atenção Básica (AB), como a Estratégia Saúde da Família (ESF),

auxiliam na estruturação da rede e não causam sobrecarga aos serviços de saúde mental, especificamente o CAPS. Entretanto, é recorrente que as equipes da AB façam o encaminhamento para o serviço especializado, pois há uma grande demanda pela atenção à saúde mental e as equipes não sentem segurança para realizar os atendimentos, em grande parte das vezes devido à ausência de profissionais especializados na área, como psiquiatras e psicólogos (BARBOSA *et al.*, 2017).

Desse modo, os serviços especializados são sobrecarregados, com uma grande demanda de atendimentos, priorizando as consultas psiquiátricas e psicoterápicas individualizadas, que poderiam ter resolutividade nos serviços da atenção primária em saúde. A rede preconiza o uso, prioritariamente, de trabalhos coletivos e de outras alternativas terapêuticas individuais e grupais que buscam promover a autonomia, o acolhimento e a singularidade dos sujeitos, sempre buscando trabalhar através do matriciamento (AMARANTE; NUNES, 2018; BARBOSA *et al.*, 2017).

A vinculação entre os serviços ainda é muito frágil, pois o sistema de referência e contrarreferência, que estabelece a comunicação entre os níveis de complexidade do sistema de saúde, não é efetivado. O PTS, que poderia ser uma ferramenta de construção do cuidado, não é compartilhada com a AB,

consequentemente, cada usuário é visto de uma maneira isolada por cada equipe (BARBOSA *et al.*, 2017). Trabalhar em uma rede horizontalizada permite uma capilarização das ações em saúde dentro do território, mobilizando diversos aspectos da vida dos usuários, da sociedade e o PTS se torna efetivo em todos os níveis da atenção em saúde (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

É fundamental que os profissionais, especialistas ou não, sejam capacitados para atender as demandas da população, despojados das crenças reducionistas que localizam a atenção psicossocial dentro de parâmetros exclusivamente biomédicos, e que os cuidados em saúde mental alcancem todos os níveis de complexidade do SUS (FARINHA; BRAGA, 2018).

Apesar da relevância da RAPS e da organização articulada da rede que ela instituiu, Amarante e Nunes (2018) salientam que os recursos orçamentários que deveriam prover o suporte a essa rede não foram definidos, revelando um interesse estratégico de enfraquecimento da rede e a promoção da privatização desses meios, que geraria uma fragmentação no direcionamento das políticas públicas (FARINHA; BRAGA, 2018).

Ademais, no ano de 2015, o Ministério da Saúde se tornou alvo de negociações políticas e, um ano depois, as reduções na política de saúde se tornaram mais drásticas, em consequência da mudança nos rumos da política nacional no nível federal e pela

crise financeira, causando repercussões no ritmo da implantação de novos serviços. De forma consecutiva, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou uma resolução que retorna inúmeras práticas do modelo manicomial e promove um verdadeiro desmonte da RAPS. Dessa forma, é possível constatar que os retrocessos que marcam o campo da saúde mental estão inseridos no contexto do estado de exceção instaurado pela crise política e democrática, reverberando nos direitos civis (AMARANTE; NUNES, 2018; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2018).

3.3 Medicalização

O cuidado em liberdade, redefinindo um novo plano para a política de saúde mental, pressupõe que o olhar para o usuário será dimensionado por uma perspectiva multidisciplinar, considerando suas vivências, perspectivas socioculturais e jurídico-políticas dentro da construção do tratamento. A Reforma Psiquiátrica busca, como um dos seus grandes dilemas, colocar a doença entre parênteses, não o sujeito, rompendo com a estrutura que localizava a “loucura” nos indivíduos, limitando os cuidados em diagnósticos e prescrições (BARBOSA *et al.*, 2017; SILVA; LIMA; RUAS, 2018)

Todavia, a construção do trabalho focado no sujeito, pode ser alvo de práticas a priori bem simples, mas que constituem

modelos tutelares e de controle, como o uso dos psicotrópicos. O uso de medicamentos é previsto pela RAPS, entretanto, esta não é a via de tratamento prioritária e requer a organização do serviço de Assistência Farmacêutica (AF). A assistência, nesse sentido, tem um alcance integral na saúde, mas não deve se restringir a distribuição dos fármacos, pois deve ocorrer um acompanhamento do uso das substâncias, um controle de qualidade e uma educação voltada para os profissionais (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014; SILVA; LIMA, 2017).

Deve-se salientar que, com recorrência cotidiana, o acesso à medicação está rigorosamente associado a presença do distúrbio da esquizofrenia e, muitas vezes, é delegado esse rótulo ao usuário, que não possui esse diagnóstico, para que ele possa ter acesso ao tratamento. Contudo, essa prática de localizar o sofrimento psíquico em um transtorno não se limita aos receituários, muitos direitos sociais são apenas garantidos mediante o laudo psiquiátrico, reforçando medidas estigmatizantes, excludentes, que rompem com os ideais da cidadania e protagonizam a lógica neoliberal (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014).

A medicamentação, como caminho de maior enfoque, pode responder a uma demanda de patologização de demandas cotidianas que afetam, logicamente, os sujeitos no âmbito

psíquico. Essa problemática coloca em evidência o poder psiquiátrico e a demanda por serviços ambulatoriais, enfatizando a perspectiva curativista. Dentro dos serviços da AB, há uma estrutura que se limita a consulta e a prescrição da medicação e que não se preocupa com as demais dimensões do usuário, o que significa que não há um rompimento com as práticas tradicionais e de controle das subjetividades (BEZERRA *et al.*, 2014).

Outro panorama a ser considerado é que os familiares dos usuários, um dos componentes importantes do PTS, avaliam positivamente a dispensação de medicamentos. Ademais, as propostas da psicoterapia são menosprezadas muitas vezes por eles e pelos usuários, centralizando ainda mais o medicamento na atenção psicossocial. No entanto, a importância atribuída a essa alternativa pode ser originada pelo desconhecimento sobre as terapias medicamentosas e psicoterápicas e suas respectivas respostas. É necessário salientar que muitas vezes o tecnicismo utilizado na construção do PTS dificulta o entendimento e a compreensão das alternativas terapêuticas. Devido a essas questões, a atuação do farmacêutico se torna imprescindível nesse contexto, pois ele pode atuar na educação dos usuários e seus familiares sobre a farmacoterapia adotada, orientar a utilização e reduzir os riscos, além de fortalecer os laços construídos dentro

do serviço (BARBOSA *et al.*, 2017; EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014; SILVA; LIMA; RUAS, 2018).

3.4 O CAPS AD e as Comunidades Terapêuticas

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas constitui um dispositivo estratégico dentro da RAPS e trabalha com usuários com dependência alcoólica, de crack e outras drogas buscando construir reflexões sobre o uso das substâncias e da relação estabelecida com o sujeito. Em 2004, a Portaria nº 2.197 instituiu que os principais constituintes da atenção em saúde voltados para esse grupo são: AB, os CAPSad, os ambulatorios, a Atenção Hospitalar de Referência e a Rede de Suporte Social. Apesar da dificuldade de estabelecer a intersetorialidade com a atenção primária, o trabalho do CAPSad se destaca, como ponto fortalecedor do serviço, pela porta aberta na manutenção do vínculo com os usuários. A importância dessa característica no serviço está no acolhimento prestado, mas também possui uma carga simbólica consoante aos objetivos da Reforma Psiquiátrica que luta por um cuidado em liberdade, priorizando a formação dos laços afetivos (MANFRE, 2015; PINHO *et al.*, 2017).

Não obstante, o dispositivo apresenta fragilidades, principalmente na articulação com os demais serviços, provocando um trabalho isolado e uma centralização do CAPS. O

matriciamento é um caminho que viabiliza a comunicação entre setores diferentes, a troca de experiências entre os mais diversos profissionais e que contribui para o fortalecimento do trabalho desenvolvido na atenção à saúde (MANFRE, 2015). Segundo a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) em 2005, a intersetorialidade entre as redes propicia uma abordagem abrangente, mobilizando uma continuidade nos cuidados e promovendo a reintegração na sociedade (COSTA *et al.*, 2017).

Ademais, existe uma associação entre o campo do direito e da saúde mental, em que os trâmites jurídicos estão envolvidos no processo de inserção do indivíduo com dependência química no CAPSad através de internações, constituindo um encaminhamento para a institucionalização. A persistência do uso de práticas de controle e de aprisionamento que subordinam as equipes multiprofissionais, através de mandatos e laudos, e deslocam o lugar do sujeito para o de transgressor reconstróem os muros físicos e simbólicos do manicômio, fechando, assim, as portas do serviço (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

É necessário ressaltar que, além do subfinanciamento que atinge a saúde, a atenção psicossocial voltada para a dependência alcoólica e de drogas está sendo sucateada, através da terceirização, privatização dos serviços e o direcionamento dos investimentos para outros setores (COSTA *et al.*, 2017). Além do

mais, se os CAPS constituem os dispositivos estratégicos da RAPS, as comunidades terapêuticas tornaram-se os principais recursos sociais para a institucionalização de indivíduos com dependência alcoólica e química, principalmente nos municípios sem a presença dos dispositivos da RAPS (FARINHA; BRAGA, 2018).

As comunidades terapêuticas foram idealizadas por Maxwell Jones com a intenção de formar grupos para o desenvolvimento de atividades terapêuticas, baseados em acordos e na construção de vínculos. Contudo, essas comunidades no Brasil possuem um forte direcionamento religioso que dissemina concepções de adoecimento moral na relação com a dependência de substâncias lícitas e ilícitas. Observa-se o emprego de práticas tutelares e a existência de uma hierarquia autoritária, as relações sociais fora das comunidades são restritivas e as atividades realizadas no seu interior são determinadas e controladas. Todo esse contexto remete aos modelos disciplinares de cuidado, à associação do doente mental com o pecador e às tentativas de normalizar os sujeitos tidos como desviantes (FARINHA; BRAGA, 2018).

3.5 A Atenção psicossocial de crianças e adolescentes

A população infantojuvenil apenas foi normatizada dentro da atenção psicossocial com a Portaria nº 366 em 2002, através da criação de um dispositivo, o Centro de Atenção Psicossocial

Infantojuvenil (CAPSi), voltado para atender os sofrimentos psíquicos, as vulnerabilidades psicossociais e as consequências do uso de álcool e outras drogas. É, portanto, uma maneira de propiciar um espaço especializado para que crianças e adolescentes possam expressar as suas subjetividades, mas, para isso, é necessário a articulação de diversos atores sociais no território inseridos (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019; TÃNO; MATSUKURA, 2019).

Contudo, a institucionalização desse grupo carrega o peso histórico de ter sido utilizada como uma medida corretiva e, atualmente, ainda persiste a patologização de questões ligadas ao cotidiano, com a intenção de perpetuar as categorias normalizantes e desviantes para manutenção da “ordem” (TÃNO; MATSUKURA, 2019). Dessa maneira, o encaminhamento jurídico, principalmente de adolescentes, para medidas socioeducativas dentro dos CAPSi representa uma inconformidade com as práticas exercidas dentro do serviço, utiliza de internações e serviços ambulatoriais como eixos principais do tratamento, a apropriação territorial não é priorizada e, conseqüentemente, precariza a reinserção social do adolescente, pois rompe muitas vezes com os laços afetivos (SOARES *et al.*, 2017).

Outro ponto que desencadeia maiores cuidados voltados à Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) é a exposição

à violência que agrava as vulnerabilidades e aumenta a incidência de sofrimentos psíquicos graves. As atividades voltadas para a discussão dessa demanda encontra pouca viabilidade dentro dos serviços da Atenção Básica, devido à falta de qualificação dos profissionais, à articulação insuficiente com os demais equipamentos de saúde, ao foco na emissão de diagnósticos psiquiátricos e às ações voltadas para esse grupo que são quase inexistentes (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Além do mais, é importante destacar o aumento da medicalização de crianças e adolescentes associado a um predomínio de diagnósticos de transtornos de aprendizagem. Portanto, é importante considerar os diversos fatores que compõem e influenciam os modos de adoecimento e de bem-estar dos usuários (CEBALLOS; SANTOS, 2017). Dessa forma, diferentes agentes sociais são importantes, como as escolas que são componentes abrangentes da ampla atenção à saúde, constituem dispositivos fundamentais na identificação dos casos e auxiliam nas atividades de promoção e prevenção. Outro elo importante é a família, pois a atenção psicossocial busca realizar o trabalho utilizando a base territorial e fortalecendo os vínculos afetivos (SOARES *et al.*, 2017; TSZESNIOSKI *et al.*, 2015).

Todavia, pensar a promoção da saúde mental infantojuvenil não pode ficar centralizada no CAPSi, na AB ou nas escolas, pois,

além de reproduzir práticas tutelares e não emancipatórias, gera uma sobrecarga nos serviços. Portanto, é necessário desenvolver políticas públicas amplas de atenção, pois há indicativos que relacionam as condições socioeconômicas deficitárias, a baixa escolaridade dos pais e a falta de integração familiar com incidência de sofrimentos psíquicos e comportamentos destoantes em crianças e adolescentes (TSZESNIOSKI *et al.*, 2015).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica busca uma mudança paradigmática nas concepções do cuidado e na política em saúde mental, nos saberes e fazeres que não utilizem de práticas disciplinares e de controle, em uma tentativa normalizadora de desconsiderar a singularidade dos sujeitos. Entende-se que a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) incluiu a dimensão jurídico-política dos sujeitos em sofrimento psíquico, até então desconsiderada pelas práticas tradicionais da psiquiatria clássica centradas na perspectiva biomédica patologizante.

Desse modo, a RAPS se constituiu como uma rede composta por diversos dispositivos que prestam atenção à saúde mental em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Se propõe a realizar o cuidado dentro do território, com o intuito de

fortalecer os vínculos sociais dentro e fora do serviço, a construir o PTS com os usuários e suas famílias e a utilizar alternativas terapêuticas, preferencialmente coletivas, que respeitem a singularidade dos sujeitos, suas histórias e contextos socioculturais.

É possível constatar que há inúmeros avanços muito significativos, contudo existem fragilidades na estrutura da rede que ainda se relacionam com a lógica manicomial, principalmente a centralização dos CAPS, o que provoca uma sobrecarga e inviabiliza o desenvolvimento de atividades, e na dificuldade de construir uma articulação efetiva, através do apoio matricial, entre os serviços de saúde. Outro ponto importante a ser considerado e que ainda persiste em algumas práticas, é a preferência da terapia farmacológica, em detrimento de práticas psicoterápicas e técnicas grupais, por exemplo.

É preciso enfatizar que a reforma, enquanto processo, se dá na construção de práticas cotidianas e no abandono de paradigmas que guiaram os cuidados e determinaram práticas por um longo período, dessa maneira as fragilidades identificadas demonstram que, embora a lei exista a quase vinte anos, a Reforma Psiquiátrica ainda está se consolidando dentro dos serviços e da sociedade.

Todavia, se há fragilidades internas e inerentes ao processo de transformação, também existem processos externos que visam

ao desmonte da RAPS. Vale salientar que, a luta por uma sociedade livre de práticas manicomiais e de controle está ligada ao exercício da democracia e da cidadania, portanto o processo da redemocratização influenciou diretamente na luta do MTSM por uma reforma psiquiátrica, assim como o processo de fragilização da saúde, e especificamente da saúde mental, começou com a crise política e a deflagração de um estado democrático de exceção.

Desse modo, deve-se atentar para o congelamento de gastos em saúde, o retorno de práticas abusivas e também para recentes mudanças que suspendem os repasses financeiros destinados aos serviços que constituem a atenção à saúde mental, através da portaria nº 3.659 de 2018, provocando um enfraquecimento da RAPS. Ademais, contrapondo os princípios da desinstitucionalização, do respeito à singularidade e do cuidado em liberdade, houve uma recente inserção das Comunidades Terapêuticas na rede, por meio de uma alteração na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da PNAD, mediante a nota técnica nº 11/2019.

Assim sendo, essas ações compreendem um caminho de desmonte, na contramão das lutas por um cuidado que respeite os sujeitos, suas múltiplas dimensões e singularidades. Constitui, também, uma resposta às demandas neoliberais que buscam a produtividade e o controle das subjetividades através de práticas

“normalizadoras”, possuem aspirações mais amplas com retrocessos nas políticas públicas, demarcando ainda mais as desigualdades e as vulnerabilidades presentes na sociedade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

Disponível em: <https://www.scielo.org/articulo/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt/>

ARGILES, C. T. *et al.* Processos de singularização no modo psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 61-77, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-3312017000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n1/61-77/>

AZEVEDO, A. O.; SOUZA, T. P. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 491-510, 2017. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S010373312017000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n3/491-510/>

BARBOSA, V. F. B. *et al.* O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.659-668, 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/5523/pdf>

BARBOSA, V. F. B. *et al.* O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 178-189, 2016. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40n108/178-189/>

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 401-410, 2019. DOI:<https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n2/401-410/pt/>

BEZERRA, I. C. *et al.* "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>. Disponível em: <https://www.scielo.org/articicle/icse/2014.v18n48/61-74/pt/>

CEBALLOS, G. Y.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Atendimento infantojuvenil em centros de atenção psicossocial de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s.l.], v. 40, n. 3, p. 648-664, nov. 2017. Secretaria da Saude do Estado da Bahia. DOI: <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n3.a1885>. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/26851>

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A. N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 333-342, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.18652013>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n2/333-342/pt/>

COSTA, P. H. A. *et al.* Levantamento da rede de atenção aos usuários de drogas: Um estudo exploratório. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 22, n. 2, p. 160- 171, jun. 2017. DOI:10.5935/1678-4669.20170017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/261/26155062005.pdf>

EMERICH, B. F. ; CAMPOS, R. O.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-696, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.1007>. Disponível em: <https://www.scielo.org/arti- cle/icse/2014.v18n51/685-696/pt/>

FARINHA, M.; BRAGA, T. B. M. Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 24, n. 3, p. 366-378, 2018. Disponível em: <https://diainet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6549683>

FAGUNDES JUNIOR, H. M.; DESVIAT, M.; SILVA, P.R.F. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1449-1460, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00872016>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1449-1460/pt/>

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-184, Mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2014.v23n1/183-184/pt/>

MANFRE, M. M. Redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: a visão dos trabalhadores e gestores de serviços de saúde mental de um município do Estado de São Paulo. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 14, n. 1, p. 26-37, jan. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442015000100003

NUNES, J. M. S.; GUIMARAES, 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**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n4/1213-1232/pt/>

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e113/pt/>

PINHO, L.B. *et al.* Funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento a usuários de crack. **Rev. Fund. Care**, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5893>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5893>

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**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/Physis/2014.v24n1/253-271/>

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 277-295, June 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n2/277-295/>

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2025-2036, jun. 2017.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.25722016>.
Disponível em: <https://www.scielo.org/articulo/csc/2017.v22n6/2025-2036/pt/>

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3799-3810, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n11/3799-3810/>

SOARES, R. H. *et al.* Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 123-131, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0636>. Disponível em: <https://www.scielo.org/articulo/icse/2017.v21n60/123-131/pt/>

TÂNIO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physics/2019.v29n1/e290108/>

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO-CAMPOS, R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, p.1-8, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2017.v51/19/pt/>

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**,

[s.l.], v. 22, n. 6, p. 1933-1942, jun. 2017. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n6/1933-1942/pt/>

TSZESNIOSKI, L. C. *et al.* Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 363-370, fev. 2015. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.05082014>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n2/363-370/>

CAPÍTULO 7

ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES SOBRE A QUESTÃO DA MELANCOLIA À LUZ DA PSICANÁLISE

*Moisés Sousa de Araújo
Anderson Barbosa de Araújo
Cleide Pereira Monteiro*

1 INTRODUÇÃO

O que é a melancolia? Qual o lugar da psicanálise diante dessa clínica? Essas são as questões que se tenciona refletir neste trabalho a partir do que a psicanálise tem como seu maior recurso desde Freud: a escuta do sujeito. Para tanto, são importantes algumas considerações sobre a clínica psicanalítica da melancolia, tomando por base as reflexões de Freud e Lacan, além de outros autores contemporâneos que tocam essa temática e servirão de aporte para o desenvolvimento das considerações. Além da revisão da literatura sobre o tema, fragmentos de um caso clínico servirão de ilustração.

As vinhetas clínicas são produtos do caso clínico de Ada (nome fictício), mulher com mais de 30 anos, que cometeu uma passagem ao ato quando do término de seu relacionamento, utilizando uma combinação de bebida alcoólica e medicação psicotrópica em grande quantidade. Foi encontrada pela amiga

que a socorreu e a levou para o hospital. Após alta, procura atendimento clínico, o que pôde ser realizado no âmbito das atividades de um projeto de extensão universitária, com estudantes de Psicologia.

Este trabalho visa a trazer à tona elaborações pontuais em torno do conceito de melancolia na psicanálise desde Freud, buscando cernir essa entidade clínica para levantar uma reflexão em torno das possibilidades diante da psicose e em particular diante da melancolia, e como o caso Ada pode ensinar à psicanálise, como sempre tem feito a clínica, um pouco mais sobre essa questão.

1.1 Cernindo o conceito de melancolia, de Freud a Lacan

A psicanálise, a partir da noção de clínica estrutural, elabora teorias metapsicológicas e clínicas a partir de três paradigmas: a neurose, a psicose e a perversão. Kraepelin, contemporâneo de Freud, muito o influenciou na elaboração de sua psicopatologia, sobretudo no tocante às psicoses, em relação às quais ele adota a divisão kraepeliniana: de um lado, paranoia e esquizofrenia; mania-melancolia, de outro.

Lacan relê, em Freud, o mecanismo próprio aos processos psicóticos a partir de um termo vindo do Direito, *forclusion*, traduzido em nossa língua por forclusão. Na terminologia jurídica,

dizer que um processo está *forclos* significa que não se pode apelar por se ter perdido o prazo legal. Em nosso sistema jurídico equivale à prescrição, termo que indica a exclusão de um direito ou de uma faculdade que não foi utilizada em tempo útil (QUINET, 1997, p. 150).

Lacan faz da paranoia o paradigma das psicoses. Como observa Paes Barreto (1999, p. 145), suas referências à esquizofrenia e à mania são extremamente raras, sendo mais frequentes as menções à melancolia. Ele faz da paranoia o paradigma das psicoses.

Chemama (1995) classifica a melancolia em duas noções distintas: a de uma entidade clínica (psicose) e a de um estado psíquico básico particular (neurose). Quinet (2009, p. 149) concorda e especifica essa classificação ao afirmar que:

Ao diferenciar a melancolia como entidade clínica da melancolia como estado, podemos claramente situar a primeira dentro do campo das psicoses e designar os estados como depressivos que podem ocorrer em qualquer estrutura clínica. A descrição clássica do quadro melancólico nos permite depreender a estrutura da psicose em que o sujeito se encontra na posição de objeto *a*, como rebotalho do Outro do simbólico (Quinet, 2009, p. 149).

Tenório e Costa-Moura (2014), por sua vez, lembram que se trata de um dos mais antigos e inespecíficos termos da medicina mental. Consideram, então, melancolia como um significante que,

atravessado pela cultura, extrapola o campo da psiquiatria, inspirando as diversas formas de arte, por exemplo. Destacam também o ímpeto contemporâneo da psiquiatria em banir o termo de seu bojo, a fim de banir as imprecisões que toda noção toma em seu atravessamento pela cultura e pela subjetividade. O mesmo efeito se deu sobre termos como neurose, paranoia e histeria.

Cordás e Emílio (2017), retomando essa história do termo na psiquiatria, lembram que não há como falar de melancolia sem citarmos a teoria hipocrática dos quatro humores, quais sejam: o sangue, a fleuma e as bile amarela e negra. Estas, de acordo com Vieira (2012), seriam associadas com ar/primavera, água/inverno, fogo/verão e terra/outono. Durante séculos, descreveu-se, a partir do mundo europeu, os comportamentos humanos tendo-se como base proposição de Hipócrates. A melancolia aumenta no outono e impera na maturidade e pode diluir-se nos outros humores e caminhar em parceria com a alegria e o riso (sanguíneo), a inércia (fleumático) e o furor (colérico). Daí nasceria a ideia de uma alternância cíclica entre um estado e outro (mania e depressão), característica da nosografia psiquiátrica. As características clínicas do quadro melancólico, de acordo com Cordás e Emílio (2017) seriam: ânimo entristecido, sentimento de um abismo infinito, extinção do desejo e da fala, impressão de entorpecimento,

seguida de exaltação, além de atração irresistível pela morte, pelas ruínas, pela nostalgia e pelo luto.

Essa doutrina dos humores foi progressivamente substituída por uma causalidade existencial. Posteriormente, esta causalidade será um termo capital para a psicanálise. Com o advento do saber psiquiátrico no século XIX, a melancolia foi submetida a numerosas variações terminológicas, inicialmente destinadas a transformar essa estranha “felicidade por estar triste” – para nos reportarmos aos versos de Victor Hugo – numa verdadeira doença mental, sem floreios literários ou filosóficos, e depois inscrevê-la numa nova nosografia dominada pela divisão entre psicose e neurose (ROUDINESCO; PLON, 1998). Depois de meses em escutas, Ada desvela esse fascínio pela tristeza:

Aconteceu algo interessante, uma saudade de estar triste, de ficar quieta, ouvir música (Maísa, Cartola), e aí batia uma melancolia, uma coisa meio sofrida, eu sentia uma saudade tão grande disso, deitar no chão e ficar pensando na vida, uma saudade, um saudosismo, nostalgia / eu sou chorona / Estou com vontade de ficar triste, de ficar no meu canto, ninguém quer ver o outro triste não, se alguém quiser ficar do meu lado, vai ter que me aceitar triste assim / desde criança sempre tive momentos de tristeza / Hoje tenho mais facilidade de chorar, quando choro me lembro daquele aperto que dá no peito, o choro me faz bem / eu acho que eu gosto da dor.

Na psicanálise, as primeiras menções sobre a melancolia estão na correspondência de Freud a Fliess, nas quais de início

Freud aproxima a melancolia da depressão, isto é, trata a melancolia e os estados depressivos na neurose como termos equivalentes. Essa disposição é observada nos *Rascunhos A e B*, porém, posteriormente abandona essa tendência (FUENTES, 2000).

É no *Rascunho G* que Freud se dedicará exclusivamente à melancolia, onde seu pensamento começa a se afunilar para defini-la como conceito específico. Conforme Alberti (2002), Freud lançará as bases para pensar a melancolia como doença do afeto por excelência. Considerando que o afeto é uma questão de paixão, e esta, sempre foi para o homem uma questão de sofrimento, então o sujeito é dividido pelo afeto movido pela paixão. O ponto de partida para estudar a melancolia é o luto.

O afeto correspondente à melancolia é o do luto, quer dizer, da nostalgia por algo perdido. Provavelmente, trata-se, na melancolia, de uma perda, e isso na vida pulsional [...]. A melancolia se constituiria do luto pela perda da libido [...] A perda, então, inclui a perda do prazer, até mesmo etimologicamente, provocando a disjunção entre o sujeito e o prazer da libido (FREUD, 1886-1889/1996, p. 276).

Aqui Freud abandona a explicação puramente mecanicista do luto como perda de libido, propondo uma causalidade psíquica à luz de seus avanços teóricos. A partir da noção da perda desconhecida pelo paciente e da teoria do narcisismo,

encontramos a chave da questão. As autorrecriações e autoacusações se dirigem a um outro que abandonou o sujeito e passam a voltar-se contra o próprio eu, que se identifica por regressão narcísica ao objeto perdido (FUENTES, 2000).

Quinet (2009) retira deste documento freudiano quatro constatações. A primeira delas é que há uma relação entre a melancolia e a “anestesia sexual”. Trata-se de uma indiferença, falta de vontade de tudo, especialmente falta de vontade sexual. Há, portanto, abolição do desejo na melancolia: o desejo é zerificado.

Uma segunda constatação é que há também uma relação entre melancolia e neurastenia, o que poderíamos resumir como uma perda da vitalidade, um cansaço, uma fraqueza. A neurastenia não é chamada por ele de neurose de transferência, e sim de neurose atual. Fuentes (2000) acrescenta que nessa primeira nosografia a melancolia é apresentada no campo das “neuroses atuais” e não das “neuroses de defesa”, por não envolver o mecanismo psíquico de defesa e os destinos do processo mnemônico, mas apenas a atualidade da vida sexual.

Há ainda uma relação entre a melancolia e a angústia. A melancolia, diferentemente das neuroses de transferência, não faz economia da angústia; também há maior ocorrência da forma cíclica, ou seja, a melancolia pode se transformar em mania (isso

provavelmente é uma referência a Kraepelin, que já definira a loucura circular). Freud não propõe uma bipolaridade, e sim a existência de melancolia que pode ser transformada em mania, sem que deixe de ser melancolia como tipo clínico (QUINET, 2009).

Quinet (2009) ainda atualiza a explicação de Freud, utilizando-se da teoria de Lacan. A melancolia é um luto provocado pela perda de libido. Sua explicação será feita a partir do esquema sexual, ou seja, por meio das ligações dos neurônios entre si, estabelecendo uma equivalência entre a articulação neuronal do aparelho psíquico proposta por Freud e a articulação significativa estrutural do aparelho psíquico como uma rede de significantes descrita por Lacan. No caso da melancolia, há uma dissolução das associações dessa rede, e essa dissolução é sempre dolorosa. Ela corresponde a um empobrecimento da excitação que percorre os neurônios e as reservas livres de libido. Esse empobrecimento se parece com uma hemorragia interna e se manifesta no cerne de outras pulsões e de outras funções.

A dissolução das associações corresponde a um “furo no psiquismo” por onde se dissipa a libido, tal como se fosse uma hemorragia de libido, levando o sujeito à ruína, a grande sofrimento psíquico. Para Freud, é isso que explica a anestesia sexual, pois todos os neurônios devem abandonar a excitação desta ordem. É essa perda vital que é dolorosa. Em outras

palavras, é a dor do furo, do que é foracluído do Simbólico que é desvelada na melancolia – dor que corresponde à anestesia sexual, à abolição do desejo (QUINET, 2009).

Da obra freudiana, destacamos um texto central na abordagem deste tema proposto: *Luto e Melancolia*, no qual encontraremos a descrição dos sintomas da melancolia:

Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente doloroso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em autorrecriminação e autoenvilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (FREUD, 1917[1915]/1996, p. 276).

Freud começa por caracterizar a melancolia como um desânimo profundamente doloroso – a primeira característica é a questão da dor – comparando a dor do melancólico à do enlutado, pois nos dois casos se trata de uma dor de perda. Enquanto a perda do enlutado é evidente, a do melancólico não o é, apesar de parecer, pois muitas melancolias são efetivamente desencadeadas pela morte de um ente querido. Fuentes (2000) elucida essa questão dizendo que o melancólico não sabe exatamente o que perdeu, mesmo que saiba a quem possa ter perdido.

Para diferenciar luto e melancolia, Freud descreve três tempos, sendo os dois primeiros comuns a ambos os tipos clínicos.

No primeiro tempo, há uma escolha de objeto. O sujeito precisa estar ligado amorosamente a alguém que sustente aquele significante ou estar ligado ao próprio significante (por exemplo, a liberdade). No segundo tempo, há um prejuízo (uma decepção) ou perda radical (desaparecimento) do objeto. Essa relação é abalada e algo se desencadeia. No terceiro tempo, há uma diferença entre o luto e a melancolia.

No caso do enlutado, o trabalho de luto fará com que o sujeito retire o investimento libidinal do objeto perdido e reinvesta em um outro objeto, ou seja, eleva um outro ideal do eu, seja um ideal abstrato, seja um objeto de amor. Já no caso do melancólico isso não ocorre; ele se identifica com o objeto perdido, como nos diz Freud (1917[1915]/1996, p. 255) em *Luto em melancolia*: “assim a sombra do objeto caiu sobre o eu, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado”. Esse ponto da identificação do melancólico com o objeto e ao mesmo tempo da severidade do Super-Eu, será retomado mais adiante. Ada nos ensina sobre esta questão da identificação do melancólico com o objeto perdido:

Nós terminamos porque ele voltou para Ex-esposa dele / Não é de você que eu preciso – essa foi a frase que ele mandou para mim in box, que reverberou antes da tentativa de suicídio / pra mim o corte foi essa frase: não dá para voltar para você, porque não é de você que eu preciso – foi naquela hora que eu surtei.

Freud justifica a identificação com o objeto perdido, dizendo que o sujeito melancólico, que tinha escolhido esse objeto de amor via narcisismo, por espelhamento, ao perdê-lo, volta a essa relação de identificação imaginária e não reinveste em nenhum outro objeto, isto é, o sujeito se vai junto com o objeto (QUINET, 2009).

Outra questão que Freud coloca nesse texto se refere ao suicídio, abordando pela via do pulsional. Como esse eu que tem uma autoestima tão diminuída atentaria contra a própria vida? A análise da melancolia nos ensina que o eu não pode se matar a não ser quando ele passa a, por um retorno de investimento de objeto, tratar a si mesmo como um objeto. Freud discorre sobre essa questão promovendo um deslocamento, não é mais pelo narcisismo, e sim pela própria teoria pulsional e a identificação do sujeito com o objeto que ele passa a explicar o suicídio na melancolia.

Podemos, então, tentar explicar a melancolia a partir desse tripé: luto não realizado, narcisismo e teoria pulsional. Fuentes (2000) acrescenta que a pulsão possui uma satisfação sádica encontrada no tormento e no sofrimento, quando o sadismo, que inicialmente é dirigido a um outro, passa a ser orientado ao próprio sujeito tomado como objeto, que agora autotormenta e autocastiga.

É importante lembrar que as considerações levantadas em *Luto e melancolia* se concentram na chamada primeira teoria das pulsões. Se considerarmos, por exemplo, o seu-texto *Neurose e psicose*, Freud (1924/2011), já após ter escrito *O eu e o id*, trata a melancolia a partir de uma outra concepção do aparelho psíquico, localizando-a ainda assim como uma “psiconeurose narcísica”, cujo conflito estaria localizado principalmente entre as instâncias do Eu e Super-Eu. Em *Neurose e psicose*, afirma a especificidade da melancolia diante de outras psicoses, uma vez que nas psicoses em geral o conflito seria entre o Eu e o mundo externo, enquanto que na melancolia o conflito é visto como de etiologia narcísica, como referido entre o Eu e o Super-Eu.

Já em *O Eu e o Id*, Freud (1923/2011) lança mão da reformulação do aparelho psíquico para situar o conflito melancólico como próximo, em certo sentido, do conflito na neurose obsessiva, sendo o conflito melancólico situado no espaço entre o Eu e o Super-Eu (equivalente para ele nesse texto a Ideal do Eu, como herdeiro do Complexo de Édipo).

Por um lado, por mais que houvesse nesses conflitos (neurose obsessiva e melancolia) uma proximidade, Freud destacava uma diferença fundamental. Enquanto na neurose obsessiva o sentimento de culpa inconsciente seria fator central, havendo, portanto, um desacordo fundamental que faz com que tal

culpa seja percebida como incoerente para o sujeito na neurose obsessiva, não encontrando justificativa para ela na instância do Eu, na melancolia, por outro lado, não há presença de incoerência, o que leva Freud (1923/2011, p. 64) a colocar que “aqui o Eu não ousa reclamar”.

Na melancolia, portanto, o Eu não se contrapõe à força avassaladora do Super-Eu diante da culpa, mas pelo contrário, o melancólico se reconhece nesse lugar de condenado, lugar de gozo. Aceita o castigo sem reclamar. O objeto que toca a ira do Super-Eu é acolhido pelo melancólico, incorporado, por assim dizer, por identificação.

Em uma conferência de 1933, intitulada *A dissecação da personalidade psíquica*, Freud destaca novamente a severidade do Super-Eu na melancolia, de como nesse transtorno se faz proeminente essa característica avassaladora do Super-Eu sobre o Eu. Ele diferencia uma severidade do Super-Eu presente em todos os sujeitos daquela que acontece no que ele chama de “surto melancólico”, no qual o Super-Eu “torna-se rigoroso demais, xinga, humilha e maltrata o pobre Eu, ameaça-o com os mais duros castigos, recrimina-o por atos passados” (FREUD, 1933/2010, p. 143).

Quinet (2009) introduz um processo peculiar que ocorre na melancolia: o “*selbst*” (auto), pautando-se em Freud, que propõe, em *As pulsões e seus destinos*, as três vozes da pulsão: a voz ativa, a

reflexiva e a passiva. Se usarmos o verbo torturar, seria, na voz ativa, “ele o tortura” (o sujeito tortura o objeto - sadismo); na voz reflexiva, “ele se tortura”; e na voz passiva “ele é torturado” (masoquismo).

O momento a que Freud se refere em *Luto e melancolia* não é o momento sádico “ele tortura o outro”, e também não é o momento masoquista “ele é torturado”, e sim “ele se tortura”. É o momento em que a pulsão retorna ao próprio sujeito. Trata-se de uma “autotortura”, que é algo diferente do narcisismo. Como o melancólico faz: autorrecremina-se, autodeprecia, autoatormenta, autoinsulta, autopune-se e suicida-se (que em alemão é autoassassinato). O sujeito implicado na dimensão pulsional é, ao mesmo tempo, o assassino e o objeto assassinado, o que indica o processo *selbst* do melancólico. Trata-se de um suicídio pulsional em que a estrutura da pulsão é desnudada (QUINET, 2009).

A melancolia como pura cultura da pulsão de morte desvela o masoquismo primário do sujeito. Esse é o delírio do melancólico: punir-se. Ele encontrará algum crime que tenha cometido para justificar tudo aquilo, e ao aguardar a punição ele reconstituirá um Outro do tribunal, que vai puni-lo por um crime que ele cometeu, e do qual se acusa dentro de uma total devastação. É um Outro sem rosto, opaco, que o sujeito

desconhece. Mas ele conhece delirantemente o crime que cometeu (QUINET, 2009). Nas palavras de Ada:

Eu não gosto do jeito que sou / eu tenho raiva de mim às vezes / eu sinto que eles (família) têm vergonha de mim, eles não falam, mas eu sinto, a cobrança maior é minha mesmo /A morte é a solução – essa frase é que me vem sempre em minha cabeça / eu tenho a impressão que ninguém me aguentaria / Eu me sinto uma merda.

Não há trabalho de luto na melancolia, a pulsão se volta contra o sujeito ou o sujeito é objeto da pulsão, ou seja, a libido se dirige ao sujeito e não ao objeto, o que é diferente do trabalho de luto, onde ao final, a libido está livre para se ligar a outro objeto. E na mania?

Na última parte de *Luto e melancolia*, Freud se refere à mania, de forma muito discreta: enquanto na melancolia o eu sucumbe ao processo melancólico, na mania ele o domina. Ele faz aqui uma correlação entre o fim do trabalho de luto e a mania, ou seja, no trabalho de luto (no caso da neurose) o sujeito estava desprendendo uma energia enorme para dar conta da perda do objeto amado. Quando consegue concluir esse trabalho, aparece um alívio, uma alegria, que vem de uma energia que agora é liberada e reinveste sua libido em novos objetos. O caso da mania na psicose é evidentemente diferente do caso de luto, pois quando o sujeito termina o trabalho de luto, ele não entra em mania; há

apenas um alívio e ele reencontra a alegria de viver. Se Freud diz que o melancólico “domina ou põe de lado” o processo, isso significa que ele não *atravessa* o processo, ou seja, não é uma resolução, tal como acontece no trabalho de luto (QUINET, 2009). Essa alternância sem o atravessamento pode ser vislumbrada nessa fala de Ada:

Eu migro muito nas religiões / tenho muita curiosidade como surgiu cada uma delas / eu sou muito elétrica / tenho muita curiosidade / fui atrás do deísmo, não sou espírita, mas gosto de um tambor, gosto de ir à missa, não gosto dos evangélicos, prefiro ter acesso livre em todas, eu não quero dizer eu sou católica, eu sou espírita ou eu não sou nada.

A contribuição que Freud dá ao tema da melancolia é inegável. Jacques Lacan, por sua vez, não escreveu nenhum texto específico, como o fez Freud. São raras as passagens em que se refere ao tema. Será então pelas leituras e comentários destes pesquisadores que encontraremos um caminho para pensar a melancolia em seus escritos.

O ponto central dessa discussão é o termo que Lacan importou do Budismo: a dor de existir, que é a consequência do existir no campo da linguagem, ao qual todo ser humano está destinado (FUENTES, 2000). O afeto correlato dessa dor de existir é a tristeza, em suas diferentes gradações, que vão do luto à melancolia. Lacan localiza esse afeto no âmbito da ética e o chama

de covardia moral, pois o sujeito retrocede ante o dever ético de bem-dizer o desejo. Nuances desta dor podem ser vislumbradas nas descrições de Ada:

Remédios não iriam dar conta da minha dor / Quando eu tentei me matar, foi com muita dor, vontade de acabar a dor que estava doendo muito / Eu tô com muita dor, aperta meu peito / ainda dói muito / eu ficava sem ar de tanta dor.

É na paixão que a melancolia vai estar situada nos ensinamentos de Lacan, conforme comenta Laurent (2000, p. 33): “Etimologicamente falando, o termo paixão tem sua origem no latim – *phatos*, que designa sofrimento”.

Laurent (2000) argumenta que Lacan utilizou o significante “paixão” deslocando o termo “afeto”, que está em oposição ao pensamento na abordagem freudiana. Ao importar o termo “paixão” para a psicanálise, Lacan nos chama a atenção para uma ligação entre o pensamento e o afeto, que não é de oposição, e sim de um nó. A paixão é um modo de dizer para o qual não há ideia, não há representação ou “representante da representação” sem que haja a presença de um afeto (LAURENT, 2000, p. 37).

É válido lembrar que Lacan transformou essa palavra paixão, que foi colhida da filosofia, opondo as paixões que eram paixões da alma em paixões do ser. Há uma ressignificação destes conceitos: no seu primeiro ensino, trabalhará com as paixões do

ser, e, em momento posterior, com as paixões da alma ou do *a*; as paixões do ser são paixões da relação com o Outro, e são: amor, ódio e ignorância. Elas não são paixões do sujeito em relação à sua própria alma, mas têm a ver com uma relação. As paixões do ser, trata-se de uma ação, de algo que se impõe, uma espécie de escolha forçada: amamos, detestamos, ficamos indiferentes. “As ações humanas parecem ser todas decorrentes de uma determinação, e a determinação das paixões amorosas faz série com o *acting-out* e a passagem ao ato” (LAURENT, 2000, p. 38).

As paixões do ser surgem no momento em que Lacan definiu o sujeito do inconsciente como falta-a-ser. Um sujeito sempre barrado que nunca encontrará sua representação derradeira, que sempre está, em termos freudianos, em busca do representante de sua representação. A falta-a-ser é o que gera a paixão do ser. É a paixão de ir buscar no Outro aquilo que vai acalmar ou preencher a falta-a-ser.

Lacan coloca a tristeza como a primeira das paixões, efetivamente, porque a tristeza é uma paixão central na modernidade. A tristeza é central porque ela é um saber; existe lucidez na tristeza, mas é um saber triste, por ser rasgado da vida, separado do real do gozo. É um saber que se articula sozinho e que perdeu o vazio que o articularia ao gozo em si (LAURENT, 2000).

O tristonho, seja ele deprimido ou melancólico, é aquele que não se orienta no inconsciente e cujo desejo se extraviou (QUINET, 2002). A tristeza é uma covardia moral. O sujeito maldiz o desejo; sobre ele, nada diz e nada quer saber. Quando é convocado a assumir uma posição no desejo perante o Outro, não se depara com ela, mas, ao contrário, foge em sua covardia (ALBERTI, 2002).

Ada traz em seu discurso a denúncia desse extravio:

No domingo fiquei em casa triste, fiquei triste o dia todo, entrei no banheiro para chorar / Eu não consigo enxergar a paixão que as pessoas têm pela vida / Eu acho que não tenho o impulso para querer as coisas, isso me angustia, eu não tenho motivos para querer as coisas. / por que eu penso tanto em morte? / é doloroso pensar que ter uma filha não mudou isso / todo dia penso em morrer / tenho uma mãe do meu lado, um marido que apesar dos defeitos me ajuda sempre e vem ao meu encontro sempre que preciso, tenho uma filha bonita, um teto e por que essa tristeza? Por que nunca está bom?

Fuentes (2000) faz uma consideração importante sobre melancolia e tristeza: a tristeza é um afeto que não é exclusivo de nenhuma categoria nosográfica ou estrutura clínica, e ao qual está sujeito todo ser falante pela condição de sua existência. Portanto, é muito importante salientar que a dor de existir não é subjetivada da mesma forma por todos os sujeitos. Nesse sentido, Lacan identificou a dor de existir em estado puro, apontando para a

melancolia, fazendo assim uma diferenciação da dor que pode ser vivida como tristeza na neurose. Nesta diferenciação, vale ressaltar que é imprescindível ao analista saber fazer o diagnóstico para identificar, a partir de uma escuta da singularidade, em qual estrutura essa dor está localizada.

O diagnóstico estrutural, apresentado por Lacan a partir do texto freudiano, estabelece uma separação radical entre a psicose, a neurose e a perversão, baseado na hipótese de que cada estrutura tem uma origem e mecanismos próprios. Na psicose o elemento diferenciador é a forclusão do Nome-do-Pai. A forclusão designa que a não inclusão do significante do Nome-do-Pai no Outro faz retornar, no real, o que não foi simbolizado. O Nome-do-Pai, por não operar, deixa o sujeito amarrado ao capricho materno, a um Outro não barrado pela falta imposta pela lei simbólica da castração, que o invade. É a partir da noção de forclusão do Nome-do-Pai que os fenômenos da melancolia passam a ser compreendidos e, embora a mania se apresente de forma inversa à melancolia, ambas correspondem à mesma causa e ao mesmo mecanismo de retorno no real. Quanto às demais psicoses, a peculiaridade na melancolia daquilo que retorna no real é o que a própria linguagem marca como mortificação: a castração forcluída (FUENTES, 2000).

Na melancolia se acentua o puro efeito da perda, o gozo mortífero que retorna no real, ou podemos dizer, na linguagem freudiana, como se a sombra da morte caísse sobre o sujeito, fazendo do melancólico o porta-voz da miséria universal da dor de existir, perante o abandono do Outro, desse Outro do significante de onde nasce o sujeito para a vida e para o desejo, e de quem ele está separado (FUENTES, 2000). Conforme nos ensina Ada:

Eu sinto um oco tão grande, um vazio tão grande / eu acho que não sou obrigada a ficar aqui não / Quando minha mãe morrer eu me mato / eu já tenho tudo aqui articulado na minha cabeça / é só eu enterrar minha mãe, e eu vou me enforcar.

Podemos, então, dizer, com Fuentes (2000), que o gozo absoluto perdido com a mortificação da linguagem é, na melancolia, positivado no gozo do masoquismo primário que exclui o Outro do significante, o gozo que equivale à satisfação da pulsão de morte.

Esse masoquismo primário é o que Lacan faz equivaler à vida quando ela é desapossada de sua fala. É aquilo que na vida não quer sarar, é o que na vida só quer morrer, silenciar, calar. Lugar fora do Simbólico. Para além do princípio do prazer, onde só há o gozo impossível de ser suportado, a morte é o que melhor figura esse lugar topológico da ausência da fala, onde reina o

silêncio da pulsão de morte (QUINET, 2009). Em todo o esplendor da dor que morde a vida, Ada evoca a morte:

A morte é a solução – essa frase é que me vem sempre em minha cabeça / eu tenho tanta vontade, mas tanta vontade de morrer, que não é doloroso, mas é um término do sofrimento / A angústia que sinto é uma dor no peito, é muito forte, parece um negócio apertando.

A partir destas considerações, onde tentamos entender a especificidade da melancolia, traçaremos, em linhas gerais, algumas diretrizes importantes da clínica psicanalítica com o sujeito melancólico.

1.2 A clínica psicanalítica da melancolia

Pensar a melancolia na clínica psicanalítica é primeiramente tomar como orientação o sujeito do inconsciente, e a partir daí, identificar sua estrutura, considerando em qual delas o sujeito se posiciona, se na psicose, neurose ou perversão, isso porque cada uma destas possui sua própria gênese e mecanismos.

O analista ao situar a estrutura, não está numa posição de exterioridade, de um observador que descreve ou prescreve, mas sim considera seu lugar na transferência, onde se desvela toda sorte de paixões do sujeito. É na relação transferencial que se inventa um lugar para o paciente, um laço que tornará possível localizar a sua estrutura. A partir desse saber sobre a

subjetividade particular de cada sujeito é que a psicanálise consegue elaborar a construção do caso clínico. Através desse endereçamento do sujeito, o vínculo pela palavra se fortalecerá, e é justamente o que se verifica acentuadamente na melancolia (FUENTES, 2000). Pela via da transferência, fortalecida a cada sessão no vínculo da fala, foi possível observar o apaziguamento de Ada:

Aqui posso falar isso, mas quando falo na frente das pessoas, elas não entendem / para mim as coisas têm quer ter sentido e o sentido para mim é diferente do sentido das pessoas / Eu sei que não é pra tomar remédio, mas estou tomando / eu queria tomar remédio e beber, mas não posso, ainda bem que posso falar isso aqui, para os outros iriam me chamar de irresponsável.

Quinet (2002) nos diz ainda que o tratamento dos extravios do desejo na melancolia deve ser pelo discurso, o que vai permitir ao sujeito retomar o fio de suas aspirações. A melancolia é uma forma clínica da tristeza a ser diferenciada do luto e do estado depressivo na neurose. A melancolia pode ser situada na esfera da ética em relação à tristeza, ou seja, ao se deparar com os impasses da estrutura, que ele não fique triste e acovardado, mas queira saber, decifrar e até criar. Ada, através deste processo criativo, expressa um contorno possível em seu sofrimento:

Iniciei a pintar porque estava com medo, e de repente a pintura deixou de ser um lazer para ser um trabalho, porque alguns quando viram quiseram comprar / quando eu estou pintando ou desenhando eu paro de sentir medo / ao olhar as escápulas da rede, perdi as contas de vezes que pensei em me enforçar, então decidi pintar / ao chegar fui pintar, isso me ajudou, pinte até 12h / já estava pensando em tomar remédio para dormir, o que a pintura me ajudou /

A psicanálise, portanto, oferece um tratamento por intermédio da fala a esse sujeito imerso na linguagem, na possibilidade de ser escutado, promovendo assim um acompanhamento que parte da dor de existir e segue em direção ao apaziguamento, ao bem dizer. No caso de Ada, ela encontrou apaziguamento na pintura, o que encontrava lugar, pela via do significante, em sua fala endereçada ao analista.

Esse lugar da pintura como uma amarração possível, também pode ser lido como produto de seu encontro com aquele que a escuta. Há algo aí da amarração entre os nós, antes desenodados, que pode se recompor. Dafunchio (2008) lembra a questão da amarração na melancolia como ligada intimamente ao desejo do analista, num lugar de sustentação, como coloca a partir de um caso clínico, onde a analista, “se propõe como sustentação de uma ordem simbólica quando situa a questão da causa, e possibilita então um armado, e um armado é um ordenamento. O desejo do analista aponta para devolver algo do ordenamento que

possibilita o simbólico às relações entre real e imaginário” (DAFUNCHIO, 2008, p. 76). Ada nos traz um elemento interessante para pensar esse efeito de uma certa reorganização do que antes estava desenodado, ao dizer:

Ontem chorei muito e com uma dor no peito, então resolvi pintar, numa parede lá de casa, coloquei Jorge Vercílio e fui pintar a parede, desenhei minha filha com carvão / é bom, mas só faço quando estou triste / é como parasse a cabeça / a impressão que tenho é que quando paro de pintar eu fico bem / ontem ao pintar me acalmei e a dor passou.

Ainda segundo Dafunchio (2008) é possível pensar a clínica da melancolia como uma clínica do “reenlaçamento do simbólico”, ao mesmo tempo em que seria também uma clínica do “tratamento das perdas impossíveis”, uma vez que, por estrutura, a melancolia denota a impossibilidade da perda, ponto tão central para pensar o momento do desencadeamento de Ada, que se dá ao ouvir que “não é de você que eu preciso”. A autora ainda nos esclarece esse ponto, afirmando que “o sujeito melancólico, cuja vivência fundamental é um ser de resto, de dejetos, de objetos, pode chegar a recorrer a incluir-se em uma imagem no outro, tentando encontrar aí algum lugar, algum véu, algum revestimento” (DAFUNCHIO, 2008, p. 71).

Vicente *et al.* (2008, p. 231) acrescentam que “segundo a ética da psicanálise, é necessário que se busque uma aproximação

de um saber que é impossível de ser dito todo. Assim, a tristeza estaria vinculada a este limite do saber. É nesse limite que a psicanálise se empenha em responsabilizar o sujeito”. Ada, como sujeito, nos diz dessa responsabilização, talvez como efeito da análise.

Fazem quatro anos que tentei suicídio hoje, geralmente eu ficava meio triste, mas hoje estou tranquila, foi nessa hora às 14h30min / hoje a minha tristeza é mais ansiedade e medo, aquela tristeza era diferente, vazia, não tinha sentido nenhum, convicção de não ter nada, coisa sem sentido, não via graça em fazer nada.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, utilizamos fragmentos de falas do sujeito Ada, que nos ensinou sobre a melancolia e de como o trabalho analítico pode operar rumo às saídas e às soluções subjetivas vinculadas às possibilidades de um sujeito lidar com sua estrutura e, conseqüentemente, querer viver.

A melancolia é uma manifestação da psicose, e pode ser compreendida a partir da noção de forclusão do Nome-do-Pai, que é o seu mecanismo, e a partir da compreensão do mesmo se pode trabalhar na clínica, sendo este um mecanismo de defesa estrutural, como explanado acima. A melancolia pode também se manifestar em outras estruturas clínicas da psicose. Embora a

mania se apresente fenomenologicamente de forma inversa à melancolia, ambas correspondem à mesma causa e ao mesmo mecanismo de retomo no real. A melancolia é diferente da depressão na neurose, que possui outro mecanismo.

Na clínica com o melancólico, o psicanalista deve ocupar seu lugar na transferência, o que permitirá perceber a estrutura subjetiva do paciente. É nessa conjuntura que haverá um endereçamento da sua dor, tornando a palavra o próprio tratamento. O analista poderá então se orientar ou mesmo elaborar a construção do caso clínico como resultado do processo de investigação.

Foi na aposta dessa oferta da escuta, sob transferência, que houve a possibilidade de Ada contornar algo de seu sofrimento e se apaziguar. Foi essa aposta também o que permitiu este registro.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. Os Quadros Nosológicos: Depressão, Melancolia e Neurose Obsessiva. In: QUINET, A. (org.). **Extravios do Desejo: Depressão e Melancolia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Marca D'Água Livraria e Editora Ltda, 2002. p. 155-162.

BARRETO, F. P. Clínica. In: BARRETO, F. P. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999. Cap. 2.

CHEMAMA, R. **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. **História da Melancolia**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

DAFUNCHIO, Nieves Soria. **Confines de las psicosis**. Tradução de Beatriz Lavieri. Buenos Aires: Del Bucle, 2008.

FREUD, S. (1886-1889). **Rascunho A**, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

FREUD, S. (1886-1889). **Rascunho B**, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

FREUD, S. (1886-1889). **Rascunho G**, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

FREUD, S. (1886-1889/1996). **Luto e Melancolia**, Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. p. 275-291.

FREUD, S. O EU e o ID (1923). In: FREUD, S. **Obras Completas**, Volume 16: O Eu E O Id, “Autobiografia” e Outros Textos (1923-1925). Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1923/2011. p. 13-59.

FREUD, S. Neurose e Psicose (1924). *In*: FREUD, S. **Obras Completas**, Volume 16: O Eu E O Id, “Autobiografia” e Outros Textos (1923-1925). Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1924/2011. p. 176-184.

FREUD, S. Novas Conferências Introdutórias À Psicanálise (1933): 31. A Dissecção da Personalidade Psíquica. *In*: FREUD, S. **Obras Completas**, Volume 18: O Mal-Estar na Civilização, Novas Conferências Introdutórias À Psicanálise e Outros Textos (1930-1936). Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1933/2010. p. 192-224.

FUENTES, M. J. S. O Diagnóstico da Depressão. **Psicologia USP**, v. 11, n. 1, p. 155-187, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642000000100010>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100010&lng=pt&tlng=pt

LAURENT, É. **As Paixões do Ser**. Salvador – Bahia: Escola Brasileira de Psicanálise, 2000.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997. p. 139-150.

QUINET, A. A Tristeza: mal-dizer o desejo. *In*: QUINET, A. (org.). **Extravios do Desejo**: Depressão e Melancolia. 2. ed. Rio de Janeiro: Marca D'Água Livraria e Editora Ltda, 2002. p. 9-11.

QUINET, A. Atualidade da Depressão e a dor de Existir. *In*: QUINET, A. (org.). **Extravios do Desejo**: Depressão e Melancolia. 2. ed. Rio de Janeiro: Marca D'Água Livraria e Editora Ltda, 2002. p. 89-96.

QUINET, A. Dor Psíquica de existir. *In*: QUINET, A. **Psicose e Laço Social**: Esquizofrenia, Paranoia e Melancolia. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009. p. 172-183.

QUINET, A. “Luto e Melancolia” revisitado. *In*: QUINET, A. **Psicose e Laço Social**: Esquizofrenia, Paranoia e Melancolia. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009. p. 204-220.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanalise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

TENÓRIO, F; COSTA-MOURA, F. Melancolia Como Presença Real do Objeto – Uma Abordagem Lacaniana. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 469-484, set. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p469-6>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142014000300469&script=sci_arttext&tlng=pt

VICENTE, S. *et al.* Sintomatizar a Depressão. *In*: FUENTES, M. J.; VERAS, M. (org.). **Felicidade e sintoma, ensaios para uma psicanalise no século XXI**. Rio de Janeiro: EBP editora e Corrupio editora, 2008. p. 225-232.

VIEIRA, R. M. M. **Raízes históricas da medicina ocidental**. São Paulo: Editora da UNESP, 2012.

PARTE II

PSICOLOGIA SOCIAL DA SAÚDE: UM ENFOQUE NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

CAPÍTULO 8

CRACK E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS POR MEIO DO DESENHO-ESTÓRIA¹

Juliana Rízia Félix de Melo
Silvana Carneiro Maciel
Viviane Lima Marcelino
Alexandre Coutinho de Mello

1 INTRODUÇÃO

O crack surgiu na década de 1980 nos bairros pobres e marginalizados dos Estados Unidos, sendo obtido através de fabricação caseira e usado em locais abandonados e precários. A droga era fumada em cachimbos e quando exposta ao fogo estralavam (cracking), daí o nome da droga. No Brasil o crack surgiu na mesma década na periferia de São Paulo, porém somente após a virada do milênio, relatos sobre esse tema e suas consequências foram evidenciados em maior escala. Informações sobre como essa droga chegou ao país são geralmente provenientes da imprensa ou de órgãos policiais, que sinalizam que primeiramente o crack foi trazido para bairros da Zona Leste de São Paulo (São Mateus, Cidade Tiradentes e Itaim Paulista), para depois se alastrar pela Região da Estação da Luz

¹ Artigo vinculado ao trabalho de dissertação da 1ª autora e do TCC da 3ª autora, ambos sob orientação da 2ª autora.

(Cracolândia), no centro da cidade (FREIRE *et al.*, 2012; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

O uso do crack vem tendo início em idades cada vez mais precoces, alastrando-se pelo país e por todas as classes sociais, com facilidade de acesso e quase sempre antecedido do consumo de álcool e/ou tabaco. Dois levantamentos domiciliares nacionais (2001 e 2005) realizados em 24 cidades pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), revelaram que o consumo de crack dobrou e que a região Sul foi a mais atingida (JUNIOR; MONTEIRO, 2012).

De acordo com um levantamento epidemiológico sobre usuários de crack e drogas similares realizado pela FIOCRUZ (BASTOS; BERTONI, 2013), 370 mil pessoas são usuárias de crack no Brasil e mais da metade desses usuários faz uso diário da droga. Rodrigues, Conceição e Iunes (2015) apontam que no Brasil, o consumo de crack alastrou-se principalmente entre crianças, adolescentes e adultos que vivem na rua, gerando pressões por parte de diversos atores sociais que impulsionaram ações visando a garantir oportunidades de vida mais digna e saudável a essa população, já desfavorecida historicamente. Esse grupo social é acometido por problemas como o desemprego, a falta de acesso à saúde, educação e habitação, questões que se relacionam e agravam ainda mais a dependência do crack.

Diante do aumento do consumo, o que mais preocupa é a repercussão das consequências do uso. O fato é que o consumo compulsivo dessa substância está associado a inúmeros problemas de ordem biológica, psicológica e social, além de possibilitar na maioria das vezes a perda de vínculos importantes e consequências tanto para o indivíduo quanto para a família e a comunidade onde ele se encontra inserido (WANDEKOKEN; SILQUEIRA, 2013).

A urgência pelo uso e a falta de condições financeiras para suprir sua demanda colocam o usuário em situação de fragilidade, em que se submete a estratégias arriscadas para obtenção da droga (CHAVES *et al.*, 2011). Nesse sentido, se encontra associado a desfechos muito desfavoráveis, como a violência, a criminalidade, homicídio, problemas de saúde, aumento da mortalidade, alterações neuropsicológicas, além dos danos psicossociais (COSTA, 2012).

Segundo Cruz (2012) a aderência ao uso do crack repercute no indivíduo alguns aspectos psiquiátricos como a paranoia, caracterizada por alucinações visuais, auditivas e táteis, acompanhada por sentimento de medo e ansiedade, como também sensações de prazer e bem estar, capazes de despertar sentimentos de bravura e autossuficiência. A dependência do crack também pode prejudicar as habilidades cognitivas envolvidas especialmente com a função de planejamento, tomada de decisões e atenção, alterando a capacidade de solução de

problemas, a velocidade de processamento de informações e o controle de impulsos (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2011).

A literatura que trata sobre o tema do consumo abusivo de drogas, tem reunido evidências de que esta é uma das condições de saúde mais moralizadas e estigmatizadas no mundo (SOARES *et al.*, 2011). Ronzani e Furtado (2010) destacam que a pertença ao grupo de usuários de drogas está associado a notáveis consequências para os membros que o integram, podendo incluir uma coleção de atributos negativos diferentes, as quais envolvem: o desejo de rejeição ao contato social a partir da inferência de uma ameaça voltada para a periculosidade dos usuários (BLASCOVICH *et al.*, 2001); e a culpabilização voltada para a atribuição moral dos usuários (CORRIGAN *et al.*, 2003; SOARES *et al.*, 2011); além de aumento da vulnerabilidade a determinadas condições de saúde alvo de preocupação mundial (BARNEY *et al.*, 2006; LINK; PHELAN, 2001; 2006).

Tendo em vista que a dependência de drogas é um assunto de relevância social, alvo de vários discursos, envolvendo de alguma forma toda a sociedade, optou-se por compreendê-la a partir da Teoria das Representações Sociais, que foi elaborada por Serge Moscovici em 1961, e teve seu desenvolvimento na França com a publicação do trabalho intitulado *Phychanalyses: Sonimage et Sonpublic*, sobre a apropriação da teoria psicanalítica por parte

dos diferentes grupos sociais. Moscovici tinha como objetivo compreender a construção do conhecimento cotidiano, seus modos de funcionamento e usos na vida diária a fim de assimilar os processos que estão na base das mudanças de pensamento e das práticas sociais (ALMEIDA; SANTOS, 2011).

Para Jodelet (2001) as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada que possui uma orientação prática de organização e de orientação das condutas da comunicação, tornando-se assim moduladoras do pensamento e reguladoras da dinâmica social. Neste sentido, Moscovici (2015) ressalta que enquanto essas representações atuam e inspiram a mente dos indivíduos, elas são pensadas, repensadas, recitadas e reapresentadas por eles.

De acordo com Almeida e Santos (2011), as representações sociais têm a função de atuar como guias de interpretação e organização da realidade, visto que as representações participam da construção das vivências a qual só existe nas interações entre os indivíduos e os grupos com os objetos sociais. As representações sociais permitem aos indivíduos compreender e explicar a realidade por meio da construção de novos conhecimentos, como saber do senso comum elas ainda orientam os comportamentos e as práticas. “A finalidade de todas as

representações é tornar familiar algo não familiar” (MOSCOVICI, 2015, p. 54).

Nóbrega, Andrade e Melo (2016) enfatizam que as representações sociais são conhecimentos a respeito de fenômenos, eventos ou objetos sociais produzidos nas interações cotidianas por um grupo social, e tais representações perpassam pelas condições sociohistóricas e culturais específicas deste grupo. Os conhecimentos são construídos nas relações e interações grupais e se constituem através da dinamicidade e heterogeneidade dos saberes, que convergem ou divergem diante das próprias relações grupais. Para as autoras, não ocorre representação social sem um grupo que interaja com uma determinada realidade a ser representada e neste sentido, torna-se imprescindível compreender o fenômeno sujeito a representação, do mesmo modo que o grupo que o representa.

Todas as interações humanas, sendo elas entre duas pessoas ou grupos, originam representações e estas representações não são criadas por indivíduos isoladamente, porém, uma vez que elaboradas, elas adquirem uma vida própria onde circulam, se atraem, se encontram e se repelem, dando assim oportunidade ao surgimento de novas representações, enquanto representações antigas deixam de existir (MOSCOVICI, 2015).

Na construção das representações sociais, dois processos são primordiais: a ancoragem e a objetivação, sendo estes, processos cognitivos socialmente regulados, facilitam a transformação do não familiar em familiar (VALA 2002; MOSCOVICI, 2015). De acordo com Vala (2002, p. 465): “[...] a objetivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural [...]”. Para Moscovici (2015, p.71): “[...] objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia; é reproduzir um conceito em uma imagem[...]”.

A ancoragem relaciona-se a circunstância de tudo que se pensa sobre alguma coisa ter um fundamento na realidade. Ela necessita de pontos de referências, uma vez que, é pelo parâmetro referencial que as experiências e esquemas de pensamentos já estabelecidos sobre um objeto novo pode ser pensado (VALA, 2002; ALMEIDA; SANTOS, 2011). Para Moscovici (2015), a ancoragem é um processo que transforma algo incomum e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um modelo de categoria que nós pensamos ser adequado, nesta perspectiva, para Moscovici, ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa.

Nesse sentido, observa-se que o uso de drogas, notadamente as ilícitas, tem sido objetivadas a partir de duas principais imagens: a figura do usuário doente e a figura do usuário criminoso; dessa forma, as representações sociais do crack são ancoradas tanto no aparato da ciência médica, quanto no âmbito policial e jurídico. Essas diferentes correntes que fundamentam essa questão demonstram a dualidade e a contradição envolvidas no assunto, uma vez que ora o usuário é considerado vítima (a partir da ideia de doente), ora como culpado/réu (a partir da ideia do criminoso/violento).

Rodrigues, *et al.*(2012) afirmam que tanto uma como outra forma de tratamento levam à estigmatização e contribuem para manter o usuário de crack na clandestinidade, limitando a compreensão do fenômeno. No que diz respeito a pessoas em situação de vulnerabilidade social, essas questões se agravam ainda mais, pelo fato de que há uma dupla exclusão: o usuário de crack, morador de rua, é marginalizado por sua condição de extrema pobreza e é criminalizado por ser usuário de droga.

Diante do exposto, o presente estudo objetiva compreender as representações sociais dos usuários de crack a respeito desta substância, no intuito de entender como eles se veem diante deste aspecto da realidade deles, uma vez que se acredita que eles tanto se apropriam dos discursos sociais correntes a respeito da droga,

quanto também os reproduzem a partir das suas experiências idiossincráticas. O presente trabalho pretende contribuir no estudo dessa questão notadamente a partir de uma técnica de apreensão da representação social por meio do desenho-estória com tema (Trinca, 2013). A utilização desse instrumento é um diferencial no sentido de que facilita a expressão do fenômeno em si por parte do participante, que expõe de maneira vivencial e fidedigna o que ele pensa e sente. Acredita-se que esse instrumento pode favorecer a compreensão das objetificações, levando em consideração seu conceito essencialmente imagético, e as ancoragens, permitindo-se compreender as representações sociais do uso de crack na perspectiva deste grupo social.

2 MÉTODO

2.1 Tipo de estudo e amostra

Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como amostra 30 usuários de crack em tratamento, do sexo masculino, com idade superior a 18 anos, com escolaridade, renda e estado civil variados. No que concerne a presente pesquisa, os critérios para a inclusão na amostra foram: ser usuário de crack em tratamento, diagnosticado pelo psiquiatra da instituição na categoria F19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de

múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - intoxicação aguda) da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID10; ter mais de 18 anos; e, aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.2 Local

O presente estudo foi realizado em uma instituição psiquiátrica numa cidade da Paraíba. Nela se oferecia atendimento para pacientes com severos transtornos mentais e usuários de múltiplas drogas, incluindo o crack. Atualmente esta instituição encontra-se fechada.

2.3 Instrumentos e procedimentos

Foi utilizado o *Desenho-Estória com tema*. Trata-se de uma técnica utilizada como instrumento auxiliar no diagnóstico psicológico, desenvolvido por Trinca em 1972 e serve como estímulo de apercepção temática, com associação entre processos de expressão gráfico-motora e verbalizações (Trinca, 2013). No desenho-estória com tema o examinador propõe o tema de seu interesse, no caso deste estudo buscou-se a psicodinâmica das representações sociais, visando detectar os inconscientes relativos das representações, assim como apreender os imaginários coletivos.

Foi entregue uma folha de papel ofício e um lápis grafite (desenho acromático) para o participante e dado o seguinte comando: “Por favor, desenhe uma pessoa que usa crack”, depois do desenho feito perguntava-se ainda se o participante gostaria de acrescentar mais alguma coisa no desenho. Depois disso, dava-se outro comando: “Agora, me conte uma história sobre esse desenho”. Os participantes contavam a história, que era gravada e posteriormente transcrita para a análise.

2.4 Análise dos dados

Os dados desta pesquisa foram analisados nos moldes da análise de conteúdo temática de Bardin (2002), que considerou o teor temático das formas discursivas utilizadas pelos sujeitos. Essa técnica de análise considera toda comunicação como uma dinâmica, em construção de significados (explícitos e/ou implícitos). O pesquisador procura os significados contidos no desenho, nas histórias a ele pertinentes, nos relatos de vida e nas demais expressões que acompanham a comunicação. A análise do conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai

além de uma leitura comum. É um trabalho que exige, inicialmente, organização dos dados, seguido de recortes do conjunto de dados em categorias, projetadas sobre os conteúdos expressos pelo sujeito.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a utilização do desenho-estória com tema se pode realizar uma análise de conteúdo temática, com o objetivo de conhecer as representações dos usuários de crack, e suas ancoragens a respeito do crack. Observou-se a emergência de quatro categorias, denominadas: 1) Representação do usuário; 2) Consequências do uso do crack; 3) Crack e outras drogas e 4) Esperança/ Possibilidade de mudança, com suas respectivas subcategorias, as quais serão descritas a seguir.

A categoria 01 denominada Representação do usuário divide-se em 02 subcategorias: Para a Sociedade e Para o Usuário.

Nesta categoria denominada Representação do usuário surgem representações que os participantes têm a respeito do que a sociedade atribui aos usuários de crack (Representações Sociais do usuário para a Sociedade), envolvendo a questão do preconceito e da exclusão social e a representação do usuário relacionada as questões de como o usuário se representa

(Representações Sociais do usuário para o Usuário), expressando a forma como se sentem. Constataram-se falas que denotam um profundo sentimento de desvalor, baixa autoestima e fracasso, tanto no seu autoconceito, quanto na percepção da visão que a sociedade tem deles.

Com efeito, pesquisadores têm demonstrado que os usuários de drogas, semelhantemente aos portadores de transtornos mentais, são frequentemente alvos de estigmatização e das mais diferentes e severas formas de preconceito e exclusão social (CORRIGAN *et al.*, 2005; CORRIGAN *et al.*, 2012; MELO; MACIEL, 2016). Tais questões estão presentes nos desenhos-estória dos participantes com discursos como: “são uns excluídos, uns excluídos da sociedade, aí se a gente num tomar uma atitude nas nossas vidas, é só a morte mesmo...”; “...fica que nem um zumbi e pra sociedade é um lixo porque quando a gente nunca pegou nunca fumou valia tudo, mas depois que chegou a fumar, esqueceu ...”.

Evidencia-se que as representações, as quais são hegemônicas na sociedade, foram apreendidas pelos próprios usuários, de modo que esses estereótipos ligados ao usuário/dependente de drogas influenciam na formação de sua autoimagem. O próprio usuário possui uma representação de que não serve para nada, é um lixo, que ninguém confia. É alguém sozinho no mundo, que não se importa mais com nada, apenas

com a droga; onde o físico, a saúde e a estética são esquecidos para dar prioridade ao crack.

De acordo com Melo e Maciel (2015) são veiculados discursos pejorativos, os quais são partilhados socialmente, vinculando a imagem do usuário de drogas a um ser tido como desviante, principalmente quando estão associados a substâncias com efeitos cada vez mais euforizantes. Tais substâncias são destacadas como causadoras de problemas que extrapolam a dimensão orgânica do sujeito, tomando então proporções sociais preocupantes, onde o usuário é considerado incapaz diante da droga, aniquilado perante a substância, sem poder de escolha, sendo considerado um indivíduo socialmente perigoso ou doente, necessitando, assim, da tutela do Estado.

Pérez-Nebra e Jesus (2011) afirmam que as pessoas tendem a acreditar nos estereótipos acerca delas mesmas e se comportam como se fossem verdadeiros, endossando os estereótipos grupais, transformando-os em descrições de suas identidades. Muitas vezes por profecias autorrealizadoras, em que crenças afetam os comportamentos, no sentido de aumentar as chances de ocorrer aquilo em que se acredita ou que se teme. Assim, as representações sociais que estes usuários possuem acerca deles mesmos certamente influenciam a sua forma de

pensar e as suas condutas de forma a dificultar a abertura de novas possibilidades e alternativas de existência.

A categoria 02 denominada Consequências do uso do crack aborda questões referentes a causas atribuídas ao uso da droga. Sendo esta categoria dividida em 04 subcategorias: Dependência/ Necessidade do uso, Perdas financeiras e sócio-familiares, Perda de confiança e Problemas orgânicos/ Degradação do ser.

As consequências do uso/abuso do crack são as mais diversas abarcando questões referentes as questões de ordem social, econômica, física, psíquica e familiar. deteriorando rapidamente a vida mental, orgânica e social do indivíduo (KESSLER; PECHANSKY, 2008). De acordo com Chaves *et al.* (2011), a dependência pelo crack e fissura para o uso muda os valores que até então norteavam as condutas dos sujeitos em virtude da necessidade de consumir a droga. Para os autores os indivíduos passam a realizar atividades que colocam em risco sua integridade não apenas física, mas também moral, pois o que está em foco é o consumo da droga; assim, o crack passa a ser prioridade na vida dos seus usuários.

Desse modo, observa-se que este aspecto da representação social do crack está ancorado numa crença de intensa perda de dignidade, desumanização e descredibilidade do sujeito, o qual é marginalizado e se automarginaliza perante a sociedade. Essa

desumanização é trazida de forma clara nos desenhos, em que mães não se preocupam com a saúde dos seus filhos em nome da obtenção da droga, faces tristes, apáticas e raivosas, demarcando a transformação do antes e o depois do uso do crack.

Em consonância com as ancoragens trazidas nessa categoria, Marcon, *et al.*(2012) e Maciel, *et al.*(2018) afirmam que o uso do crack traz prejuízos também para os familiares dos usuários, ocasionando baixa qualidade de vida e sobrecarga em diversas áreas. Assim como as perdas, os problemas de saúde também foram considerados como consequências do uso de drogas, como também, o abandono de si mesmo.

O uso compulsivo, a fissura como uma dependência psicofísica do crack foi relatada no estudo de Branco, *et al.* (2012), o qual evidenciou a descrição de um padrão de uso intenso, contínuo e repetitivo da droga. Os autores destacam que em função do padrão compulsivo de uso atrelado as dificuldades socioeconômicas dos usuários os mesmos terminam se envolvendo em questões que os colocam em situação de vulnerabilidade como tráfico de drogas, sexo sem proteção e situações que possam envolver a violência, reforçando a representação destes como criminosos e/ou bandidos.

Essa questão também foi constatada por Rodrigues, *et al.* (2015) em que foi observado elementos da representação social

do crack vinculados com o problema da violência e da criminalidade, afetando também os laços familiares. Entretanto, a violência não foi considerada apenas como consequência do uso abusivo de drogas, mas também como causa, sugerindo que a violência familiar também se torna um fator de risco para este consumo.

Diante disso, é interessante destacar o fato de que em virtude da associação entre drogas e violência, o usuário de drogas é visto como a figura responsável pela violência no país. Os discursos veiculados na mídia culpabilizam os usuários de drogas, produzindo e reforçando uma visão simplista e reducionista da questão. O crack é representado como algo que tem vida própria, que invade os lares para destruir as famílias e o combustível da criminalidade; desse modo, o crack é o sujeito de todas as ações e o usuário seu objeto. Dominado e passivo diante da ameaça do crack, o usuário é ao mesmo tempo vítima da droga e culpado pela violência associada ao uso (RODRIGUES *ET AL.*, 2015; ROMANINI; ROSO, 2012).

Em estudo elaborado por Andrade, Alves e Bassani (2018) destacou-se a importância de se investigar os diversos contextos de vulnerabilidade associados ao consumo de drogas, compreendendo essa questão a partir da relação entre o uso abusivo, o ato infracional e a vulnerabilidade social. Nesse sentido,

vários fatores se fazem importantes, como, por exemplo, o nível de escolaridade, nível socioeconômico, problemas familiares, falta de acesso aos bens primários, dentre outros; assim, o ato infracional parece ser apenas uma ponta de um conjunto de fatores muito maior e mais complexo.

A categoria 03 denominada Crack e outras drogas divide-se em 02 subcategorias: Uso do crack e Porta de entrada para o crack. Nesta categoria surgem unidades temáticas em que os participantes relatam como se dá o uso do crack, e o contato com outras drogas antes do crack. Apresenta desenhos que retratam o uso do crack em si, como a pessoa fumando a droga, o cachimbo etc.

Em um estudo feito por Borini, Guimarães e Borini (2003), observou-se que o uso de polidrogas era feito por quase a metade dos usuários de ambos os sexos. O uso do crack, em associação com outras drogas, prioritariamente maconha e depois álcool em cerca de 40% dos usuários, esteve relacionado, segundo as informações colhidas dos usuários, com a redução da intensidade dos efeitos alucinatórios do crack que envolvem sensações de medo ou alienação.

Em consonância, pesquisa realizada por Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) constatou que o consumo da maconha juntamente com o crack como estratégia foi associado a diversas finalidades, a principal delas foi o alívio da fissura. Apesar da existência de

relato da maconha como indutora da fissura e desenvolvimento de uso compulsivo de mesclado, existiram vários relatos de que ela diminuía os efeitos alucinatórios do crack.

Semelhantemente ao presente estudo, pesquisa realizada por Rodrigues, *et al.* (2015) a respeito das representações sociais do crack na mídia, revelou elementos vinculados também aos aspectos cotidianos do uso do crack e da maconha; entretanto, esse discurso da mídia relaciona-se com a cena onde essa prática ocorre, tanto no que se refere a lugares de tráfico, quanto ao fato de que esse consumo não se dá mais em lugares privados, mas sim em espaços públicos da cidade. Além disso, observou-se um forte estigma sobre o usuário de droga, por meio da utilização de vocábulos como viciados, cracolândia, traficante, consumidores, pedinte e destruição, indicando um discurso estigmatizado e uma ausência de perspectivas preventivas e curativas.

Techio (2011) destaca que a adoção de comportamentos considerados indesejáveis socialmente, como o consumo abusivo de drogas, são produtores de crenças coletivas que levam ao processo de inferiorização destes grupos, motivando atitudes de hostilidade e exclusão dos espaços sociais. Nesse sentido, essas representações mantêm o preconceito e fomentam a estigmatização dos usuários de drogas, coexistindo dessa forma, o processo de estereótipos, estigmatização, preconceito, perda de

status e discriminação, resultando em um cenário mais favorável para a expressão do preconceito em sua forma mais flagrante.

A categoria 04 denominada Esperança/ Possibilidade de mudança, traz a questão da possibilidade de mudança, em que é possível voltar ao convívio da sociedade.

Esta categoria figura como algo contrastante diante das representações encontradas no presente estudo. Foi formada por apenas um desenho, de apenas um usuário, o que demonstra que os demais usuários não trazem esta questão de possibilidade de transformação incutida em suas representações. Como pode ser observada nas demais categorias, as representações dos demais usuários são recheadas de conteúdos negativos, de destruição e de incapacidade diante do crack.

Este indivíduo, entretanto, trouxe aspectos de suas representações acerca do futuro, com expectativa de uma vida considerada como “normal”, sobretudo com o abandono do uso da droga e o desejo de reconstruir sua vida social (abarcando trabalho e/ou estudo), familiar e financeira. Expressando o desejo de continuidade do tratamento e melhora da autoestima, questões estas também presentes no estudo de Crauss e Abaid (2012).

Em relação ao desenho, constatou-se a figura do Yin Yang, que é um princípio da filosofia chinesa, onde yin e yang são duas energias opostas. Yin significa escuridão sendo representado pelo

lado pintado de preto, e yang é a claridade. Nesse sentido, pode-se inferir que este participante em específico parece estar conseguindo ver outras alternativas de existência para si, parece não estar conformado com a sua posição atual, mas com esperança e possibilidade de mudança. De alguma forma, ele conseguiu ver claridade na escuridão, indo em oposição ao discurso majoritariamente pessimista que se versa sobre os usuários de drogas em geral.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou compreender as representações sociais dos usuários de crack a respeito desta substância. Constatou-se que essas representações de maneira geral estão vinculadas às crenças que eles tem sobre eles mesmos, sobre como a sociedade os percebe, sobre as consequências do uso, como perdas em diversas áreas, sobre o crack em si e sua relação com outras drogas, e por fim, possibilidade de mudança para um único usuário. Dessa forma, percebe-se que a representação social do crack está circunscrita a uma percepção de mundo rígida, já dada, em que o indivíduo se percebe como passivo e impotente.

É evidente que o consumo do crack é algo que precisa ser combatido na sociedade, entretanto, os discursos que têm sido veiculados e cristalizados na mentalidade social é o de que o crack é o grande problema, havendo uma personificação da droga, atribuindo-se a ela poderes animados. É preciso destacar, porém, que essa abordagem é simplista, uma vez que o problema do uso de drogas possui outros fatores bem mais complexos relacionados. Não obstante, como estamos falando de representação, o que fica no imaginário social é o protótipo, os elementos nucleares da representação, os quais são mais duradouros, estabelecidos historicamente e difíceis de mudar. Havendo a necessidade dos vários atores e seguimentos sociais trabalharem no sentido da mudança dessas crenças, possibilitando assim um novo olhar sobre a questão do uso abusivo de drogas.

A respeito do instrumento de coleta de dados do presente estudo, o desenho-estória com tema, observou-se que ele facilitou a compreensão acerca dos elementos da representação social do crack, uma vez que o elemento gráfico se faz simbólico diante da realidade vivenciada pelos participantes. A análise de conteúdo temática também se mostrou adequada para a análise das histórias associadas aos desenhos.

Acredita-se que os resultados encontrados no presente estudo possuem implicações importantes e podem contribuir para o

desenvolvimento de estratégias mais eficientes no combate ao uso abusivo de drogas. Especialmente por terem sido ouvidos os próprios usuários e por terem sido levadas em consideração suas vivências, o que pode contribuir para uma melhor compreensão acerca do fenômeno. Apesar das contribuições deste estudo, seus resultados não podem ser generalizados para toda a população de usuários de crack, uma vez que se trata de um estudo qualitativo, que visou ao aprofundamento da compreensão das representações. Sugere-se a realização de outras investigações que busquem compreender melhor essa questão, no intuito de favorecer programas e projetos voltados ao combate ao uso abusivo de drogas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S. A Teoria das Representações Sociais. In: TORRES, C. V.; NEIVA, E. R. **Psicologia Social: principais temas e vertentes**. Porto Alegre: Artmed. p. 288- 295, 2011.

ANDRADE, S. F. O.; ALVES, R. S. F.; BASSANI, M. H. P. A. Representações Sociais sobre as Drogas: um Estudo com Adolescentes em Conflito com a Lei. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 3, p. 437-449, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-37030000742017>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932018000300437&script=sci_abstract&tlng=es

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo—primeira parte, história e teoria**. Lisboa: Edições, v. 70, 2002.

BARNEY, L. J. *et al.* Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 40, n. 1, p. 51-54, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x> Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x>

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Fundação Oswaldo Cruz**. Recuperado de <http://infograficos.estadao.com.br/especiais/crack/perfil-usuarios.pdf>, 2013.

BLASCOVICH, J. *et al.* African Americans and high blood pressure: The role of stereotype threat. **Psychological science**, v. 12, n. 3, p. 225-229, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00340> Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/1467-9280.00340>

BORINI, P.; GUIMARÃES, R. C.; BORINI, S. B. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. **Jornal brasileiro de psiquiatria/Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro**, v. 52, n. 3, p. 171-179, 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Romeu_Guimaraes/publication/232556824_Usuarios_de_drogas_ilicitas_internados_em_hospital_psiquiatrico_Padros_de_uso_e_aspectos_demograficos_e_epidemiologicos_Illicit_drug_users_admitted_in_psychiatric_hospital_Patterns_of_usage_demo-graph/links/54eb83630cf2082851be0d57.pdf#page=6

BRANCO, F. M. F. C. *et al.* Compulsão, criminalidade, destruição e perdas: o significado do crack para os usuários. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 4, p. 174-177, 2012. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2012.v3.n4.414> Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/414>

CHAVES, T. V. *et al.* Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2011.v45n6/1168-1175/>

CORRIGAN, P. W. *et al.* Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. **Psychiatric services**, v. 63, n. 10, p. 963-973, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529> Disponível em: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201100529>

CORRIGAN, P. *et al.* An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. **Journal of health and Social Behavior**, v. 44, n. 2, p. 162-179, 2003. DOI: 10.2307/1519806

Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1519806>

CORRIGAN, P. W. *et al.* How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. **Psychiatric Services**, v. 56, n. 5, p. 544-550, 2005. Disponível em: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.56.5.544>

COSTA, L. E. P. **Histórico de atividade física de dependentes químicos de crack em tratamento na fazenda do sol em Campina Grande - PB**. Monografia (Licenciatura Educação Física), Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, 2012.

CRAUSS, R. M. G.; ABAID, J. L. W. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. **Contextos Clínicos**, v. 5, n. 1, p. 62-72, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2012.51.07/847>

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMÔA, M. L. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.

CRUZ, V. D. **Vivências das mulheres que consomem crack em Pelotas – RS**. 2012. Dissertação (Mestrado em ciências). Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, RS, Brasil, 2012.

FREIRE, S. D. *et al.* Intensidade de uso de crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/Brasil. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 221-226, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000400005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-2085201200040005&lng=en&nrm=iso>.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D.; (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17-41.

JÚNIOR, F. J. G.; MONTEIRO, C. F. Os significados da morte e do morrer: a perspectiva de usuários de crack. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 378-383, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200022> Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48518>

KESSLER, F. H. P.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03>

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. **Annual review of Sociology**, v. 27, n. 1, p. 363-385, 2001. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Stigma and its public health implications. **The Lancet**, v. 367, n. 9509, p. 528-529, 2006. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/51f32696e4b086a9c87a1db3/t/5282be43e4b0aede62b7dd/1384300099509/Link+B%2C+Stigma+public+health.pdf>

MACIEL, Silvana Carneiro *et al.* Caregivers of Drug Addicts: A Study on Family Burden. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34416> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722018000100515&script=sci_arttext&tlng=pt

MARCON, S. R. *et al.* Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas. **Rev. Latino-Am. Enferma-**

gem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 167-174, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100022>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100022&lng=en&nrm=iso>.

MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. **Psicol. cienc. prof.**, v. 36, n. 1, p. 76-87, 2016. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000882014> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000100076&lng=en&nrm=iso.

MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C. Representações sociais do crack elaboradas por usuários em tratamento. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 1, p. 23-32, 2015. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoles-tud.v20i1.23989> Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/23989>

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Presses universitaires de France, 2015.

NÓBREGA, D. O.; ANDRADE, E. R. G.; MELO, E. S. N. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 433-441, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p433> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822016000300433&script=sci_arttext

PÉREZ-NEBRA, A. R.; JESUS, J. G. Preconceito, estereótipo e discriminação. In: TORRES, C. V.; NEIVA, E. R. (orgs.). **Psicologia social: principais temas e vertentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 219-237.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes

do consumo da droga. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 210-218, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300007&lng=en&nrm=iso

RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. **O tratamento do Usuário de Crack**. 2ª edição. Porto Alegre, Artmed, 2012.

RODRIGUES, D. S. *et al.* Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1247-1258, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500018> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500018&lng=en&nrm=iso

RODRIGUES, D. R. S. R.; CONCEICAO, M. I. G.; IUNES, A. L. S. Representações Sociais do Crack na Mídia. **Psic.: Teor. e Pesq.** v. 31, n. 1, p. 115-123, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-37722015010994115123>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722015000100115&lng=en&nrm=iso

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Psicol. cienc. prof.**, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100007> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007&lng=en&nrm=iso

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **J. bras. psiquiatr.**, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000400010> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400010&lng=en&nrm=iso

SOARES, R. G. *et al.* Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 16, n. 1, p. 91-98, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000100012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000100012&lng=en&nrm=iso

TRINCA, W. **Formas compreensivas de investigação psicológica: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias**. São Paulo: Vetor, 2013.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In J. VALA, J.; MONTEIRO, M (org.). **Psicologia social**. Lisboa: Fundação Calouste. p. 457-502, 2002.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Uso de Crack: É Possível o (Re)Encantamento?. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 9, p. 54-59, 2013. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602013000100009&lng=pt&nrm=iso

CAPÍTULO 9

A CONJUGALIDADE E A PARENTALIDADE AMEAÇADA PELO USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

*Maria Aparecida Penso
Angélica de Lucas Galvão*

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo discute as complexas relações entre uso de álcool e/ou drogas e as vivências da conjugalidade e da parentalidade. O uso de álcool e/ou outras drogas no Brasil e no mundo afeta grande parte da população mundial, podendo ser definido como um problema endêmico de grandes proporções. O relatório mundial sobre drogas da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2019) destaca que 35 milhões de pessoas no mundo são considerados usuários de drogas problemáticos, ou seja, que apresentam distúrbios ou dependência. Este número representa um aumento de indivíduos que sofrem de transtornos por uso de drogas, sendo este crescimento atribuído a um melhor conhecimento sobre a dimensão do uso de drogas, a partir de novas pesquisas realizadas na Índia e na Nigéria, ambos entre os dez países mais populosos do mundo. Além disso, 5,5% da população mundial entre 15 e 64 anos, usaram drogas ilícitas em 2017,

totalizando 271 milhões de pessoas. No Brasil, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) lançou em 2010 o I levantamento Nacional sobre uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre universitários de 27 capitais. Este relatório apontou que 86,2% dos universitários relataram uso de bebidas alcoólicas, 46,7% o uso de tabaco e 58,01% o uso de duas ou mais drogas na vida (OBID, 2010). Não se pode negar que estes números são significativos e impactam nas relações familiares e conjugais.

O referencial teórico aqui adotado é o da perspectiva sistêmica, que parte do pressuposto de que a família é uma unidade social, um sistema em relação com outros sistemas, que tem como função enfrentar uma série de tarefas de desenvolvimento, um todo organizado onde as partes funcionam de forma a transpor suas características isoladas. Um grupo de pessoas, ligadas por laços sanguíneos ou afetivos, que viveu junto o tempo necessário para ter desenvolvido padrões de interação e histórias que explicam e justificam esses padrões de interação e nestas interações os membros familiares vão construindo uns aos outros (MINUCHIN, 1982; MINUCHIN; LEE; SIMON, 2008; PENSO; SUDBRACK, 2004).

A família, portanto, será compreendida aqui como um sistema que opera por meio de padrões transacionais repetitivos que estabelecem regras de como, quando e com quem se

relacionar, reforçando então o sistema e regulando o comportamento dos seus membros (MINUCHIN, 1982; VASCONCELOS, 2003). Portanto, a família deve ser compreendida em sua complexidade, detentora de múltiplas e diversas interações, em sua intersubjetividade onde múltiplas realidades se desenrolam a partir de suas interações. Isto significa que as famílias são compostas por membros que possuem uma história e futuro compartilhados abrangendo um sistema emocional de três a cinco gerações, unidas por laços de sangue, legais e/ou históricos (MCGOLDRICK; SHIBUSAWA, 2016).

Vale ressaltar que na contemporaneidade, várias configurações familiares coexistem. O conceito de família tem ultrapassado ligações genéticas, se expandindo para outras formas. Diferente do conceito tradicional, que compreende mãe, pai e filhos, hoje a família encontra uma maior fluidez, modificando-se de acordo com a entrada e saída de seus membros. Neste sentido os elos que unem os membros da família podem ser também afetivos e não somente sanguíneos (CAFIEIRO; GUIMARAES, 2018; WALSH, 2016). É partindo destes pressupostos sobre o que é uma família que discutiremos aqui a conjugalidade, a parentalidade e suas inter-relações com o uso de álcool e/ou outras drogas.

2 CONJUGALIDADE E PARENTALIDADE NA PERSPECTIVA SISTÊMICA

O subsistema conjugal surge a partir do relacionamento amoroso entre duas pessoas do mesmo sexo ou de sexos opostos. As habilidades necessárias para a implementação de suas tarefas são a acomodação mútua, para ajustar às tarefas da vida cotidiana e a complementaridade, que garantem o estabelecimento da qualidade e da satisfação conjugal (MINUCHIN, 1982; FERES-CARNEIRO, 2011). Uma das tarefas deste subsistema é o desenvolvimento de regras que possam proteger o casal de interferências e exigências de outros subsistemas (MINUCHIN, 1982; MINUCHIN; FISHMAN, 2003; ROSSET, 2009). Nesta etapa, são desenvolvidos padrões de transação, que formam a estrutura do novo casal e que definem como irão se relacionar com os outros, seja família de origem, amigos e colegas de trabalho, mantendo contatos importantes, ao mesmo tempo em que passam a estabelecer um conjunto de regras, denominados como fronteiras, que permitirão o crescimento da relação conjugal, que deve se constituir como uma prioridade (MINUCHIN; FISHMAN, 2003; CARTER; MCGOLDRICK, 2001; MINUCHIN, 1982; NICHOLS; SCHWARTZ, 2007).

Cada casal fará, portanto, uma espécie de contrato metafórico no início da relação, que passa a determinar as regras de sua convivência. A construção das regras e a definição dos

papéis é um processo circular, de influência recíproca, que vai sendo construído ao longo do tempo (WALSH, 2002). Uma das tarefas principais desta fase é o realinhamento dos relacionamentos com as famílias ampliadas, para que haja a inclusão do cônjuge e, ao mesmo tempo, a criação das fronteiras que definem o contato do casal com outros subsistemas (CARTER; MCGOLDRICK, 2001).

O casal deve ser considerado, como um subsistema, que desenvolve mecanismos de regulação emocional e comportamentos próprios, definidos em grande parte através da comunicação (CARTER; MCGOLDRICK, 2001). É preciso considerar ainda que o subsistema conjugal envolve relações afetivas, e a disponibilidade de dar e de fazer para o outro e não apenas para si. Uma relação amorosa e de intimidade é o ideal na conjugalidade. Neste sentido, Porreca (2019) afirma que sentimentos como paixão, erotismo, amizade, doação, reciprocidade e confiança, são importantes e geram satisfação, segurança, proteção e certa estabilidade, bem como o compromisso com o outro.

Como afirma Whitaker (1995), o casamento é um modelo adulto de intimidade. No entanto, é preciso diferenciar intimidade de fusão (FÉRES-CARNEIRO, 1998). A intimidade pressupõe a possibilidade de existir juntos e separados, criando intimidade sem

perder a individualidade. Neste sentido, quanto mais os membros do casal conseguem existir de forma separada, maiores são as possibilidades de estarem juntos. Por outro lado, se não conseguirem manter suas individualidades também não conseguem criar relações de intimidade (WHITAKER, 1995). Em resumo, a conjugalidade é um espaço relacional que significa ser um, sendo dois, e ser dois, sendo um. Deste modo o casal convive em sua dinâmica, com duas identidades individuais que, na relação amorosa, convivem como uma conjugalidade, sendo esta a identidade conjugal (FÉRES-CARNEIRO, 2005).

Existem infinitas perspectivas de formação de casais (FÉRES-CARNEIRO; DINIZ NETO, 2010). Esse processo compreende um processo de alquimia no qual dois indivíduos juntam suas vidas sem desistir de suas individualidades. A “cola” que mantém a união das relações é a complementaridade (WILLI, 1995; MINUCHIN; NICHOLS; LEE, 2009). Neste sentido, os interesses e valores compartilhados tornam possível duas pessoas coexistirem e as diferenças deixam a vida interessante, tornando os membros do casal capazes de se apoiar e enriquecer de maneira recíproca. Assim, é necessário que os parceiros tenham clareza do que podem buscar em seu relacionamento, não sobrecarregando o outro com suas expectativas.

O início do relacionamento de um casal é um período marcado por adaptações que cada membro faz para vivenciar um mundo compartilhado. Decididos a compartilhar a vida um com o outro, o casal começa a construir um mundo em comum, que necessitará de dispêndio de tempo e energia para realizarem ajustes relativos aos papéis, funções, poder, bem como a maneira como vão viver juntos (WILLI, 1995; MINUCHIN, 1982).

A vida a dois é, sem dúvida, uma das relações mais difíceis, não somente quanto a sua formação, mas também quanto à sua preservação (WALSH, 2002). Neste sentido, para esta autora, o fracasso ou o sucesso do casamento dependem do funcionamento das regras de colaboração que devem ser expressas por cada membro do casal, considerando as indispensáveis diferenças e semelhanças entre os parceiros. Os casais constroem uma realidade compartilhada, sendo que as premissas de base que os indivíduos colocam na relação são moldadas de modo recíproco, podendo ser modificadas ou reforçadas ao longo do tempo, por meio das experiências vividas juntos (WILLI, 1995).

O casamento contemporâneo representa uma relação de intensa significação na vida dos indivíduos e isto se deve ao fato do relacionamento envolver alto grau de intimidade e grande investimento afetivo (FÉRES-CARNEIRO, 2003). A metáfora do “amor cego” foi sendo substituída por uma visão sem dúvida

menos romântica e mais concreta do “amor prudente”. Isto significa que é fundamental que se mantenha uma porta aberta para sair da relação, ao mesmo tempo em que há o empenho dos pares para construí-la.

De forma resumida podemos dizer que um relacionamento conjugal deve se basear em algumas regras básicas: equilíbrio financeiro, no sentido de que nenhum dos membros se sinta explorado; existência de proximidade e cuidado com o outro; uma comunicação clara, honesta e congruente sobre relação afetiva e sexual; negociação das regras de convivência quanto aos filhos, família extensa, trabalho, religião, entre outros; clareza quanto ao poder de cada um na relação; limites diferenciados entre a individualidade e a conjugalidade.

3 CONSTITUIÇÃO E VIVÊNCIA DA PARENTALIDADE

Na perspectiva do Ciclo de Vida Familiar, os indivíduos se movem no decorrer do tempo e a cada nova etapa superada, avança-se para uma próxima. Os estágios vão se desenvolvendo, em períodos de crescimento e transformação, seguidos de relativa estabilidade, onde estas mudanças são finalmente estabelecidas (CARTER; MCGOLDRICK, 2001; NICHOLS; SCHWARTZ, 2007). Este processo de vida envolve várias etapas pelas quais as famílias

atravessam, desde a sua constituição em uma geração até a morte dos indivíduos que a iniciaram (CERVENY; BERTHOUD, 2002). Pensar na vida familiar como um ciclo, traz a compreensão de que as famílias precisam de alguma forma se reorganizar para acomodar a chegada, o crescimento e a mudança de seus membros (MINUCHIN, 1982; MINUCHIN; LEE; SIMON, 2008). Portanto, a chegada de um filho na família marca sua reorganização enquanto casal, para a inclusão da criança, exigindo a construção dos papéis parentais.

Conjugalidade e parentalidade são consideradas como duas dimensões inter-relacionadas e complementares que constituem o psiquismo familiar, ao longo do Ciclo de Vida Familiar. Um dos grandes desafios dos pais é o de separar as demandas da conjugalidade e da parentalidade, vivenciando simultaneamente os dois sistemas sem, no entanto, aglutiná-los (MINUCHIN, 1982). Isto significa que o subsistema parental deve se diferenciar, para poder desempenhar as tarefas de socialização de uma criança, sem perder o apoio mútuo, uma das principais peculiaridades do subsistema conjugal (MINUCHIN; LEE; SIMON, 2008). Portanto, considera-se muito importante que as regras de funcionamento do casal estejam bem claras e constituídas, antes da chegada dos filhos. Tornar-se um progenitor envolve mudanças no funcionamento dos membros familiares, sendo que o nascimento

de uma criança pode ser um dos maiores desafios para a família nuclear e ampliada, principalmente pela adaptação e abertura do sistema familiar para a chegada deste novo membro. Diante da sobrecarga imposta por esta nova etapa, há um excesso de exigências que podem desestruturar o casal (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2011).

A preparação para a chegada do filho pressupõe uma série de negociações entre os cônjuges, uma vez que eles precisam construir seus novos lugares e papéis, agora não mais em uma relação dual, mas em triangulação. Esse momento que precede o nascimento é, portanto, repleto de tensões, cujo ápice é exatamente o nascimento da criança (PASSOS, 2005) Um recém-nascido demanda muitos cuidados dos adultos, e esta é uma fase aonde aos poucos o casal vai se acomodando a este novo membro. A disposição de cada um dos pares para se reorganizar diante de novas tarefas pode também gerar desentendimentos. O subsistema conjugal deve se reorganizar para lidar com novas tarefas e estabelecer novas regras (MINUCHIN; FISHMAN, 2003).

A conjugalidade conceituada como uma identidade partilhada, um “eu conjugal”, inaugura a família. Não obstante, é a parentalidade que coloca em circulação os afetos que alimentam a família. O estudo destas duas dimensões é fundamental para a

compreensão do funcionamento familiar (MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2011).

No desempenho dos papéis conjugais e parentais, ao longo do Ciclo de Vida Familiar, compreende-se que, cada etapa exige o cumprimento de novas tarefas e adaptações. Deste modo, o casal que pretende ampliar a família por meio dos filhos, começa a se preparar para a próxima fase do Ciclo de Vida Familiar (ANDOLFI, 2002). A transição para a parentalidade envolve a mudança das identidades individuais de marido e mulher para as de pai e mãe, assim como o relacionamento de casal muda para o de unidade familiar (FIAMENGHI; MESSA, 2007). Em um contexto mais amplo, neste momento da vida familiar, os cônjuges, antes um casal, tornam-se progenitores de uma nova família.

Segundo Bradt (2001), em relação à conjugalidade, existe o declínio da qualidade conjugal, após a chegada dos filhos, com um distanciamento entre o casal. Todavia é possível que com o passar do tempo, e o desenrolar do Ciclo de Vida, quando a criança vai adquirindo a independência necessária para cuidar de sua vida, estas particularidades possam ser restauradas, especialmente em casais que já experienciaram mais satisfação conjugal antes desta etapa de vida. Isto significa que conforme os filhos vão crescendo, é importante que o casal conceda autonomia aos filhos para que

estes se desenvolvam e o casal recupere sua conjugalidade (FÉRES-CARNEIRO, 1998).

Como já apontado, o nascimento de um filho é um evento de grande importância na vida da família e traz com ele a necessidade de mudanças e adaptações dos papéis familiares, em especial de pais e mães (MINUCHIN, 1982; MINUCHIN; LEE; SIMON, 2008; CARTER; MCGOLDRICK, 2001). No entanto, além da família nuclear, toda a rede de relacionamentos familiares é modificada em seu *status*, adquirindo uma dialética dos diferentes e novos papéis, em convivência com os antigos. Sendo assim, os sobrinhos são também primos, os irmãos se tornam tios e pais se tornam avós (BRADT, 2001). Esta fase, de avanço para uma nova geração, pode produzir nos cônjuges ou em um deles a dificuldade de assumir responsabilidades, e este pode ser um grande ponto de conflito para a relação conjugal (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007; CARTER; MCGOLDRICK, 2001).

Hernandez e Hutz (2009) apontam alguns fatores que podem ser responsáveis pelo aumento do conflito conjugal com a chegada dos filhos, entre eles a depressão, os papéis estereotipados de gênero, bem como a diminuição da comunicação e das relações sexuais entre o casal. Também podem se manter subjugadas pela quantidade de trabalho doméstico e cuidados com a criança em razão do desequilíbrio nas

responsabilidades parentais entre pai e mãe (BRADT, 2001; FAVERO-NUNES; SANTOS, 2010). Por outro lado, também pode aumentar a alegria e o prazer da vida familiar. A forma de reação dependerá necessariamente da reorganização, ou seja, pode surgir a oportunidade para o desenvolvimento e a mudança individual.

As principais tarefas para esta fase do Ciclo de Vida da Família são: ajustar o sistema conjugal para criar espaço para os filhos; unir-se nas tarefas de educação dos filhos, nas tarefas financeiras e domésticas; realinhamento dos relacionamentos com a família ampliada para incluir papéis de pais e avós. Nesta fase, o grande desafio é a definição de um modelo particular de família e a conquista da parentalidade. Neste sentido, em casais com crianças pequenas, o processo de aceitação de novos membros no sistema familiar é uma das tarefas de destaque para esta etapa do Ciclo Vital da Família, especialmente a família ampliada (CARTER; MCGOLDRICK, 2001).

4 CONJUGALIDADE, PARENTALIDADE E USO DE ÁLCOOL E DROGAS

A conjugalidade, é um processo complexo, como procuramos mostrar anteriormente. Quando um dos membros do casal apresenta envolvimento com álcool e/ou drogas tudo se torna mais difícil, pois numa perspectiva sistêmica as dificuldades

de um membro terão implicações em toda família (MINUCHIN, 1982; MINUCHIN; LEE; SIMON, 2008). Nestes casais as regras são deficientes, podendo ocasionar problemas, fazendo com que seus membros tenham dificuldades em nortear as suas relações com os outros. Isto porque regras claras e definidas são fundamentais para um relacionamento conjugal adequado (MINUCHIN; FISHMAN, 2003; CARTER; MCGOLDRICK, 2001, MINUCHIN, 1982).

Soares (2014) pesquisando sobre mulheres que faziam uso abusivo de álcool e/ou outras drogas encontrou nas histórias das suas famílias de origem mães sobrecarregadas com o cuidado e sustento dos filhos uma vez que viviam com homens alcoolistas e ausentes, além de serem muitas vezes agressivos. Tal situação denota uma relação conjugal onde as tarefas são distribuídas de forma desigual, as regras não são claras e a autoridade é exercida de forma confusa. Estas esposas gastam grande parte do seu tempo e energia com seus companheiros, exercendo a função de eternas cuidadoras de seus companheiros. Tal situação pode levar ao adoecimento destas mulheres. No estudo de Souza, Carvalho e Teodoro (2012) com esposas de alcoolistas, os autores encontraram sinais de depressão e ansiedade sendo a relação conjugal classificada por elas com estressante e conflituosa. Os autores concluíram que a depressão poderia ser decorrente dos

conflitos da relação conjugal e da sobrecarga de tarefas que precisam assumir na vida familiar.

A violência conjugal, seja física ou psicológica, também é apontada como um dos prejuízos do uso de álcool e/ou drogas na relação entre os membros do casal. De modo geral na dupla conjugal, o usuário é o homem, que se utilizando de sua posição privilegiada em uma sociedade patriarcal e machista como a nossa (SAFFIOTI, 2004), agride a esposa física, psíquica, emocional e/ou sexualmente. Deste modo, estudos apontam para existência de muitos conflitos conjugais que levam a violência na relação quando um dos membros é usuário (SILVA, 2006; FEIJÓ *et al.*, 2016; DANTAS; SANTOS, 2012; SANT’ANNA; PENSO, 2018).

Em resumo, podemos apontar como principais problemas na relação conjugal onde um dos seus membros usa álcool e/ou drogas: comprometimento na relação de proximidade e cuidado, pois aquele que não usa drogas assume os cuidados com o outro e a responsabilidade pela manutenção da relação, se tornando invisível em suas necessidades, gerando stress e sobrecarga; prejuízos na comunicação que se torna confusa e inadequada, desequilíbrio nas relações de poder; relação excessivamente focada no usuário; indiferenciação entre os dois “eus” do sistema conjugal, porque o membro usuário precisa ser cuidado o tempo todo; problemas financeiros constantes; conjugue que não usa

álcool e/ou drogas é sobrecarregado com as tarefas domésticas; as regras do casal são invadidas pelas relações com o álcool e/ou drogas; prejuízo na relação afetiva e sexual entre os membros do casal.

As dificuldades e conflitos se potencializam com o nascimento de uma criança. Se a chegada do filho já demanda um exercício de acomodação e a criação de um espaço destinado a ele (BRADT, 2001), quando o sistema é permeado pelo uso de álcool e/ou drogas esse processo será ainda mais delicado. Bradt (2001) alerta que muitas vezes a chegada da criança pode gerar transtornos, porque todo o espaço familiar disponível pode já estar ocupado com outras atividades ou relacionamentos. Neste sentido, o uso de álcool e/ou drogas pode ser um dos fatores que ocupa estes lugares, ou seja, todos os cuidados precisam ser direcionados ao usuário, não restando espaço para mais nada ou ninguém. O par parental envolvido na dependência química de um dos seus membros, não possui recursos para o desenvolvimento da parentalidade. Assim a criança que chega não terá um lugar no psiquismo do casal e na família, sendo muitas vezes esquecida e abandonada à própria sorte. É um filho que não recebe o que necessita para o desenvolvimento saudável.

Esta criança nascida em meio a um sistema familiar desorganizado, permeado pelo uso de álcool e/ou drogas, enfrentará

desafios extras. As famílias com um dos pais (na maioria dos casos, o genitor do sexo masculino) dependentes químicos apresentam confusão nos papéis, fronteiras e hierarquias, o que inviabiliza que esses pais saiam da posição de filhos e assumam a parentalidade de seus filhos, que acabam sem uma estrutura familiar continente e com limites bem definidos (SCHENKER, 2008). Para esta autora, é comum nestas famílias uma desvalorização da primeira geração (avós) para com a segunda (pais) o que inviabiliza que esses pais saiam da posição de filhos e assumam a parentalidade junto a seus filhos. São pais imaturos, infantilizados, dependentes da estrutura de poder de suas famílias de origem; desqualificados ou excessivamente protegidos por suas famílias, mantendo-se em suas posições de filhos, sendo, portanto, incapazes de exercer o poder familiar, delegando-o a outras pessoas (avós, tios, irmãos) (CASTILHO, 1994).

Crescer e se desenvolver em um sistema familiar com um pai usuário de álcool e outras drogas é um desafio. Para Trindade e Bucher-Maluschke (2008) o alcoolismo relacionado ao genitor ocasiona fortes repercussões no sistema familiar, sendo visto como um “sintoma de desequilíbrio transgeracional” (p. 176). Além disso, está associado ao adoecimento de outro(s) membro(s) da família, principalmente dos filhos, que devem carregar o legado familiar em contextos nos quais existe uma imensa tristeza que acaba por gerar adoecimento. Nestas famílias as regras e limites

são ambíguos e facilmente quebrados, a hierarquia não é bem definida e os papéis e funções são geralmente invertidos entre pais e filhos, o que é visto como um padrão interacional complexo e de risco (PENSO; COSTA; SUDBRACK, 2008).

As famílias com membros alcoolistas tendem também a ter lutos não resolvidos, associados à incapacidade em elaborar e superar perdas que interferem na dinâmica do sistema familiar, por meio do bloqueio da comunicação direta e a cristalização de uma identidade alcoólica. Tal identidade se constrói por meio de ideais, mitos e valores herdados em torno da conduta relacionada ao consumo de álcool e suas consequências, sendo transmitida a próxima geração (TRINDADE; BUCHER-MALUSCHKE, 2008). Deste modo, perpetuam-se através das gerações, padrões de consumo de álcool e outras drogas. No caso de mulheres usuárias, Soares (2014) afirma que o padrão de consumo abusivo de álcool do genitor é repetido na forma de abuso de drogas pelas filhas que não conseguiram encontrar em suas mães o suporte necessário para a identificação. Isso não significa uma responsabilização das mães, pois como apontado anteriormente, suas vidas foram dedicadas ao cuidado com o marido alcoolista, não sobrando tempo para exercerem seu papel parental.

Abordamos anteriormente famílias com homens alcoolistas. No entanto, famílias com mulheres alcoolistas também

enfrentam muitas dificuldades no exercício da parentalidade. Para Cardinal (1991) no caso da mulher alcoolista existe uma ligação direta deste sintoma com a dinâmica do seu sistema familiar, que na maioria dos casos apresenta um consumo exagerado de álcool, acompanhado de um padrão de fuga de tensões por meio do consumo/abuso de substâncias lícitas e ilícitas, não permitindo aos filhos aprender a lidar com as dificuldades e frustrações sem o uso de “muletas”. Para o autor a permissão da entrada de pares desviantes na vida dos filhos que coadunam e estimulam o consumo de drogas também é fator de risco e explicita a falta de uma atitude ativa de proteção para com os filhos que é uma função do papel parental.

Pais e mães alcoolistas ou usuários de drogas, além de não exercerem seus papéis parentais, também transmitirão a seus filhos a tradição familiar deste uso. Trata-se de histórias familiares em que o sintoma da dependência química está diretamente ligado a um processo de transmissão geracional. O uso de drogas é comum aos pais e parentes sendo este padrão relacional disfuncional transmitido à próxima geração, influenciando diretamente como o jovem irá se relacionar com a droga lícita ou ilícita. Assim, a criança que cresce em uma família em que seu pai ou mãe são usuários apresentará fatores de risco para o uso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos apresentar aqui alguns aspectos que definem as relações conjugais e parentais, na perspectiva sistêmica, avançando para a compreensão destes aspectos quando vêm acompanhados pelo uso de álcool e/ou outras drogas. Ser cônjuge, pai ou mãe são tarefas complexas, que se tornam mais desafiadoras no contexto da dependência química.

Os conceitos e pesquisas aqui apresentados apontaram para as dificuldades enfrentadas por casais e famílias que convivem com a dependência química de um dos seus membros. Isto implica que o tratamento deve envolver não apenas o usuário, mas também sua família, porque todos sofrem as consequências e precisam ser cuidados.

A dependência química é um processo multifacetado e multicausal. E não existem soluções simples para problemas complexos. Assim, um olhar atento para os familiares (filhos, cônjuges) é necessário.

Finalmente, pesquisas sobre familiares de usuários de álcool e/ drogas precisam ser incentivadas, permitindo esclarecer melhor suas vivências, bem como os desafios e potencialidades destas famílias.

REFERÊNCIAS

ANDOLFI, M. **A crise do casal: uma perspectiva sistêmico-relacional**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRADT, J. O. Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. *In*: CARTER, B.; MCGOLDRICK (org.). **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p. 206-221.

CARDINAL, N. A mulher e a toxicomania. *In*: BERGERET, J.; LEBLANC, J. (org.). **Toxicomanias: um enfoque pluridimensional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 280-288.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

CASTILHO, T. A. Droga. *In*: CASTILHO, T. (org.). **Temas em terapia familiar**. São Paulo: Plexus, 1994. p. 116-143.

CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

DANTAS, D. A. C.; SANTOS, L. E. A relação entre substâncias psicoativas e a violência conjugal: um estudo exploratório com a mulher abrigada. *In*: PENSO, M. A.; ALMEIDA, T. M. C. (org.). **Direitos e conflitos psicossociais: ações e interfaces disciplinares**. São Paulo: Roca, 2012. p. 75-90.

FAVERO-NUNES, M. A.; SANTOS, M. A. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 2, p. 208-221, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000200003>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722010000200003&script=sci_arttext.

FÉRES-CARNEIRO, T. **Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FÉRES-CARNEIRO, T. Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 11 n. 2, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79721998000200014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721998000200014&script=sci_art-text&tlng=pt.

FÉRES-CARNEIRO, T. **Família e casal: efeitos da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2005.

FÉRES-CARNEIRO, T. Separação: o doloroso processo de dissolução da conjugalidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 8, n. 3, p. 367-374, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300003>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2003000300003&script=sci_arttext.

FÉRES-CARNEIRO, T.; DINIZ NETO, O. Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 20, n. 46, p. 269-278, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000200014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000200014&script=sci_arttext.

FIAMENGHI, G. A.; MESSA, A. A. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 27, n. 2, p. 236-245, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000200006>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932007000200006&script=sci_arttext.

CAFIEIRO, G. M. ; GUIMARAES, T. As novas configurações familiares sob o olhar dos filhos destes sistemas. **Revista Brasileira Ciências da Vida**, v. 06, n. 02. p. 01-03, 2018.

HERNANDEZ, J. A. E.; HUTZ, C. S. Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. **Psico**, v. 40, n. 4, p. 6, 2009. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161388>.

MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Em busca de uma conjugalidade perdida: quando a parentalidade prevalece. *In*: FÉRES-CARNEIRO, T. (ed.). **Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia**, vol. 1, 2011. p. 161-172.

MCGOLDRICK, M.; SHIBUSAWA, T. O ciclo vital familiar - Processos normativos da família: Diversidade e complexidade. *In*: WALSH, F. O. (ed.). **Processos normativos da família: diversidade e complexidade**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 375-398.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento & tratamento**. Artes médicas, 1982.

MINUCHIN, S; FISHMAN, C. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MINUCHIN, S; LEE, W.; SIMON, G. M. **Dominando a terapia familiar**. Artmed Editora, 2008.

MINUCHIN, S.; NICHOLS, M. P.; LEE, W. **Famílias e casais: do sintoma ao sistema**. Artmed Editora, 2009.

NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R. C. **Terapia Familiar: Conceitos e Métodos**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS (OBID). **I levantamento Nacional sobre uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre universitários de 27 capitais**. Brasília, DF: SENAD, 2010. 284 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/web/arquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/publica-

coes/Livros/I%20Levantamento%20Nacional%20Universit%C3%A1rios%20-%202010.pdf.

PASSOS, M. C. Nem tudo que muda, muda tudo: um estudo sobre as funções da família. *In*: FÉRES-CARNEIRO, P. **Casal e família: efeitos da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: PUC, 2005. p. 11- 23.

PENSO, M. A.; COSTA, L. F.; SUDBRACK, M. F. O. Transmissão geracional no estudo da relação Adolescente, drogas e ato infracional. *In*: PENSO, M. A.; COSTA, L. F. (org.). **A transmissão geracional em diferentes contextos**. São Paulo: Summus, 2008. p. 143-164.

PENSO, M. A.; SUDBRACK, M. F. O. O filho fora do tempo: atos infracionais, uso de drogas e construção identitária. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 1, p. 2-15, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229019189002.pdf>.

PORRECA, W. Relação conjugal: Desafios e possibilidades do “nós”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 35, n. SPE, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe7>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722019000200206&script=sci_arttext.

FEIJÓ, M. R. *et al.* Álcool e violência nas relações conjugais: um estudo qualitativo com casais. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 4, p. 581-592, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoles-tud.v21i4.31556>. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31556>.

ROSSET, S. M. Famílias com adolescentes. *In*: OSÓRIO, L. C.; VALE, M. E. P. (ed.). **Manual de terapia familiar – Volume I**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009, p. 263-271.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANT'ANNA, T. C.; PENSO, M. A. A transmissão geracional da violência na relação conjugal. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 33, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33427>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722017000100425&script=sci_arttext&tlng=pt.

SCHENKER, M. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

SILVA, G. L. **Da família sem pais à família sem paz – Violência doméstica e uso de drogas**. Recife: Bagaço, 2006.

SOARES, L. V. **De mãe para filha: maternidade à deriva**, 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/123456789/1839>.

SOUZA, J.; CARVALHO, A. M. P.; TEODORO, M. L. M. Wives of alcoholics: family relationships and mental health. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 8, n. 3, p. 127-132, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/803/80329742004.pdf>.

TRINDADE, E. M. V; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Considerações acerca da abordagem transgeracional de famílias alcoólicas. In: PENSO, M. A; COSTA, L. F. (org.). **A transmissão geracional em diferentes contextos**. São Paulo: Summus, 2008. p. 165-180.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Relatório mundial sobre drogas**. Viena: UNODC, 2019. Disponível em: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Papirus Editora, 2003.

WALSH, F. Casais saudáveis e casais disfuncionais: qual a diferença? *In*: ANDOLFI, M. (ed.). **A crise do casal: uma perspectiva sistêmico-relacional**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 18-28

WALSH, F. **Processos normativos da família: diversidade e complexidade**. Artmed Editora, 2016.

WHITAKER, C. As funções do casal. *In*: ANDOLFI, M.; ÂNGELO, C.; SACCU, C. (eds.). **O casal em crise**. São Paulo: Summus, 1995. p. 21-28.

WILLI, J. A construção didática da realidade. *In*: ANDOLFI, M.; ÂNGELO, C.; SACCU, C. (ed.). **O casal em crise**. São Paulo: Summus, 1995. p. 15-27.

CAPÍTULO 10

DEPENDENTES QUÍMICOS: VALIDADE FATORIAL DA ESCALA HAD E RASTREAMENTO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

*Silvana Carneiro Maciel
Laís Claudino Moreira Ribeiro
Patrícia Fonseca de Sousa
Camila Cristina Vasconcelos Dias
Carla Alves Gomes
Tiago Jessé Souza de Lima*

1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas é um fenômeno mundial e acompanha há tempos a humanidade, estando associado a diferentes finalidades. Em algumas sociedades, as drogas eram usadas com fins religiosos; culturais e medicinais, a partir do século XX é que o consumo se transformou em preocupação mundial devido à alta frequência, aos danos relacionados ao uso e ao comércio ilegal/tráfico (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013). Dados do Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime-UNODC (2020) indicam que aproximadamente 269 milhões de pessoas usaram drogas no mundo em 2018 e que mais de 35 milhões de pessoas sofrem de transtornos associados ao uso dessas substâncias. Verifica-se, na atualidade, uma grande

prevalência do consumo de drogas, como também o aumento das consequências em decorrência do uso/abuso dessas substâncias, podendo-se considerar tal fenômeno um problema de saúde pública (CAPISTRANO; FERREIRA; SILVA; KALINKE; MAFTUM, 2013) e essa situação motiva preocupações tanto dos profissionais de saúde como da sociedade em geral.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2014) revelou que o número de pessoas, no Brasil, que ingerem álcool pelo menos uma vez por semana cresceu de 42%, em 2006, para 53%, em 2012. O levantamento apontou, ainda, que o início do consumo do álcool tem sido cada vez mais precoce, os dados mostraram que por volta de 11 (onze) anos acontece o primeiro contato com bebidas alcoólicas. Quanto às substâncias ilícitas, o levantamento mostrou que, ao menos uma vez na vida, 3,8% da população já usaram cocaína e 1,3% já usaram *crack*. A substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira é a maconha, sendo que 5,8% da população adulta já usaram a substância alguma vez na vida (LARANJEIRA, 2014).

Segundo Leal *et al.* (2012), problemas de saúde mental são comuns entre os usuários de substâncias psicoativas e essa associação afeta significativamente não apenas a qualidade de vida dessas pessoas, como também cria dificuldades para o tratamento dos problemas que decorrem do uso/abuso de

substâncias psicoativas. Scheffer, Pasa e Almeida (2010) relatam que os transtornos psiquiátricos mais comuns entre os dependentes de substâncias psicoativas são: depressão, transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), esquizofrenia e os transtornos da personalidade. Merchán-Hamann *et al.* (2012), em um estudo realizado com dependentes químicos no Uruguai e no Chile, constataram uma alta prevalência de transtornos de ansiedade (59,8% e 44,9%, respectivamente) e de depressão (33,8% e 28%, respectivamente) entre os dependentes químicos. Já no Brasil, dados do II LENAD apontaram que, dos adultos que consumiram alguma substância psicoativa, 23,9% já tiveram ansiedade alguma vez na vida e 15,1% declararam ter apresentado algum sintoma de depressão (LARANJEIRA, 2014).

Apesar de a literatura indicar que há uma associação entre a dependência química e comorbidades psiquiátricas, observa-se que os dependentes químicos que realizam tratamentos, na maioria das vezes, não são submetidos a avaliações diagnósticas que se proponham a investigar a presença de comorbidades. Conforme Silva, Kolling, Carvalho, Cunha e Kristensen (2009), não conhecer os transtornos psiquiátricos que podem estar associados à dependência de drogas pode resultar em um prognóstico ruim, desencadeando intervenções terapêuticas inadequadas e

ineficazes. Diante de tais aspectos, destaca-se a importância de se estudar a presença de comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em tratamento, especificamente a depressão e a ansiedade, uma vez que tais transtornos apresentam uma incidência frequente e são, muitas vezes, negligenciados no processo de recuperação; apresentando um importante impacto no tratamento da dependência de substâncias psicoativas.

Em face ao exposto, considera-se que um passo preponderante para as pesquisas na área da dependência química e comorbidades psiquiátricas seria contar com medidas sobre a ansiedade e depressão que possuam evidências psicométricas satisfatórias. Uma escala amplamente utilizada para verificar a presença de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes psiquiátricos e na população geral é a Escala de Ansiedade e Depressão (HAD). Essa escala foi originalmente elaborada por Zigmond e Snaith (1983) e traduzida para o Brasil por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira (1995). Algumas pesquisas foram realizadas no Brasil no que se refere a “validação da HAD”, a exemplo das pesquisas de Botega *et al.* (1995); Marcolino *et al.* (2007); Botega *et al.* (1998) e Castro *et al.* (2006).

O primeiro artigo é o estudo original de tradução da escala para o Brasil, realizado por Botega *et al.* (1995) com 78 pacientes de uma enfermaria clínica. Embora os autores tenham realizado a

tradução e a validação semântica da escala, não foram realizadas análises que pudessem testar a validade de construto da medida. Com base na estrutura fatorial original da escala (ZIGMOND; SNAITH, 1983), os autores realizaram apenas uma correlação (de Spearman) entre os itens e a pontuação média de cada subescala. Essa análise indicou que todos os itens (exceto o item 12, que se correlacionou apenas com o fator depressão) apresentam correlações elevadas com ambas as subescalas, variando entre 0,29 e 0,79, o que pode indicar uma estrutura unifatorial ao invés da bifatorial proposta. O alfa de Cronbach para a subescala de ansiedade foi de 0,68 e para a subescala de depressão foi 0,77.

Outro estudo, realizado por Marcolino *et al.* (2007) com 135 pacientes no pré-operatório e acompanhantes, no Departamento de Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que também teve por objetivo a validação da escala HAD, adotou procedimentos similares ao de Botega *et al.* (1995). Esses autores realizaram apenas análises de correlação de Spearman entre os itens e as pontuações médias das subescalas, que indicaram que todos os itens se correlacionaram com ambas as subescalas, com correlações variando entre 0,41 e 0,81. O alfa de Cronbach para as escalas de ansiedade e depressão foi, respectivamente, 0,84 e 0,79.

Botega *et al.* (1998), em um estudo com 112 pacientes epiléticos ambulatoriais, utilizou as subescalas do HAD para predizer o diagnóstico de ansiedade e depressão realizado através do DSM-III-R e da escala Impressão Clínica Global (ICG). Os autores relatam que as duas subescalas predizem significativamente o diagnóstico, afirmando que um acréscimo na pontuação nas subescalas da HAD corresponde a um acréscimo no número de diagnósticos de ansiedade e depressão feitos pelo DSM-III-R e pelo ICG. No entanto, embora os autores afirmem que o efeito das subescalas do HAD no diagnóstico seja significativo, não são apresentados os pesos de regressão nem o tamanho do efeito dessas análises, suprimindo a informação sobre a magnitude dessa relação.

Por outro lado, Castro *et al.* (2006), em um estudo com 91 pacientes com dor crônica, tiveram por objetivo estimar a sensibilidade e a especificidade da escala HAD utilizando como padrão-ouro o MINI Plus. Os resultados indicaram uma sensibilidade de 73,3% para depressão e 91,7% para ansiedade, e uma especificidade de 67,2% para depressão e 41,8% para ansiedade. Embora a escala HAD tenha mostrado boa sensibilidade para avaliar sintomas de ansiedade e depressão, os índices de especificidade para diagnósticos de depressão e ansiedade foram fracos.

Com na revisão da literatura no que se refere a validação da escala HAD, podemos constatar que nenhum deles testou efetivamente a validade de construto dessa medida. Embora o HAD seja utilizado em diversos estudos (BIGATÃO, CARLOTTI JR.; CARLO, 2014; NUNES; RIOS; MAGALHÃES; COSTA, 2013), essa medida não passou por uma validação da sua estrutura fatorial para o contexto nacional, tal como foi realizado em outros contextos (LÓPEZ *ET AL.*, 2012; ROBERGE *ET AL.*, 2013), nem fez essa articulação com uma amostra específica de dependentes químicos. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo testar a validade fatorial e a consistência interna da escala HAD em uma amostra de dependentes químicos em tratamento e avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão nessa população, levando em consideração o local de tratamento (hospitais psiquiátricos ou fazendas de recuperação), ressalta-se que há uma escassez de estudos que envolvam dependentes químicos comparando os efeitos dos locais de tratamento na ansiedade e depressão.

Cabe salientar que esta pesquisa não tem como propósito dar um diagnóstico das comorbidades na amostra, principalmente no que diz respeito à diferenciação entre transtornos previamente existentes e transtornos secundários à dependência química. Objetivou-se, tão somente, verificar se a sintomatologia depressiva

e ansiosa se faz presente na amostra estudada, e analisar se há diferenças, no tocante aos sintomas de ansiedade e depressão, quanto ao local de tratamento (hospitais psiquiátricos ou fazendas de recuperação), sendo um estudo correlacional. Levanta-se a hipótese de que o tratamento em hospitais psiquiátricos está relacionado a uma maior incidência de sintomatologias depressivas e ansiosas. Enquanto as fazendas de recuperação não fazem uso de medicamentos e buscam o fortalecimento e a potencialização do usuário, focalizando na sua reinserção social, bem como no reestabelecimento dos vínculos familiares, os hospitais psiquiátricos, na maioria das vezes, enfatizam apenas o tratamento medicamentoso (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

2 MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram deste estudo 204 dependentes químicos do sexo masculino em tratamento em instituições de uma capital do Nordeste. Do total de participantes, 75,5% se encontravam em hospitais psiquiátricos e 24,5% em fazendas de recuperação com enfoque religioso. A média de idade foi de 32,79 anos ($DP = 9,46$). Quanto à escolaridade, verificou-se que 56,9% possuíam o ensino fundamental, 30,4% o ensino médio, 7,4% o ensino superior e

4,9% se declararam não alfabetizados. Já com relação ao estado civil, 69,1% dos participantes afirmaram ser solteiros, 16,7% casados e 13,2% separados ou divorciados. Em relação ao motivo do tratamento, 69,1% dos participantes se encontravam em tratamento devido ao uso do *crack*, enquanto que 30,9% estavam em tratamento devido ao uso do álcool. Estabeleceu-se como critério de inclusão, na amostra, ser dependente de *crack* ou álcool, conforme os critérios da CID10 (F19 e F10), e ser maior de 18 anos. Como critério de exclusão, não compuseram a amostra aqueles dependentes químicos com comorbidade psiquiátrica grave, sendo esta considerada algum outro transtorno presente na CID 10 que inviabilizasse a participação no estudo. Tal critério foi atendido por meio da conferência dos prontuários e indicação dos profissionais das instituições onde foram realizadas a pesquisa.

2.2 Instrumentos

Para a coleta de dados utilizou-se a Escala de Ansiedade e Depressão (HAD), originalmente elaborada por Zigmond e Snaith (1983) e adaptada para o Brasil por Botega *et al.* (1995). A escala é composta por 14 itens, que se organizam em duas subescalas, de modo que 07 itens avaliam o sintoma depressão (HAD-D; exemplo de item: *Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência*), e os outros 07, o sintoma ansiedade (HAD-A; exemplo de item: *Eu sinto*

uma espécie de medo, como se alguma coisa de ruim fosse acontecer). Os participantes são instruídos a assinalar com um “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta em cada questão, utilizando uma escala de resposta que varia de 0 a 03 pontos (de ausente a muito frequente). A pontuação em cada subescala vai de 0 a 21 e se considera o escore igual ou superior a 08 e 09, respectivamente, como indicativo de ansiedade e depressão (BOTEGA *ET AL.*, 1995). Além desta escala, os participantes responderam um questionário sociodemográfico para a caracterização da amostra.

2.3 Procedimento de coleta de dados e aspectos éticos

A coleta de dados foi realizada no ambiente institucional, em local determinado pelos gestores, de forma individual e garantindo-se a privacidade dos participantes. O aceite em participar do estudo se deu por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram resguardados todos os cuidados éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do comitê de ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, protocolo CEP/HULW nº 217/11.

2.4 Análise de dados

Os dados da escala e do questionário sociodemográfico foram tabulados e analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) versão 21.0 e AMOS 21. Inicialmente, foi realizada uma análise fatorial confirmatória para testar a validade fatorial da escala HAD. Optou-se por realizar uma abordagem confirmatória, ao invés de uma exploratória, pois a escala ora avaliada apresenta uma clara proposição teórica acerca da sua estrutura fatorial (ZIGMOND; SNAITH, 1983), e tem demonstrado sua estabilidade fatorial ao longo de diversos estudos em diferentes culturas (BJELLAND; DHAL; HAUG; NECKELMANN, 2002). Como mencionado por Furr e Bacharach (2014), a abordagem confirmatória é útil quando o pesquisador tem hipóteses claras (ou concorrentes) acerca de uma escala, como o número de fatores ou dimensões subjacentes aos itens, a ligação entre itens e fatores específicos e a associação entre os fatores. Para avaliar o ajuste do modelo proposto utilizaram-se os seguintes indicadores: a razão do qui-quadrado pelos graus de liberdade (χ^2/gl), onde valores menores do que 5 indicam um ajuste adequado do modelo; o *goodness of fit index* (GFI), o *adjusted goodness of fit index* (AGFI) e o *comparative fit index* (CFI), onde valores iguais ou superiores a 0,90 indicam ajuste bom; e o *root mean square error of approximation* (RMSEA), cujos

valores de 0,06 ou menor indicam ajuste satisfatório, aceitando-se aqueles de até 0,10 (GARSON, 2012). Além desses indicadores, a diferença de qui-quadrado ($\Delta\chi^2$) foi utilizada para comparar modelos alternativos; valores significativos de $\Delta\chi^2$ indicam que o modelo com o menor qui-quadrado é o mais ajustado (GARSON, 2012). Foram realizados ainda testes *t* para avaliar as diferenças entre os grupos em relação aos fatores da escala. Vale ressaltar que as distribuições foram testadas por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, para verificar o pressuposto da normalidade, não tendo sido encontrados desvios significativos da normalidade.

3 RESULTADOS

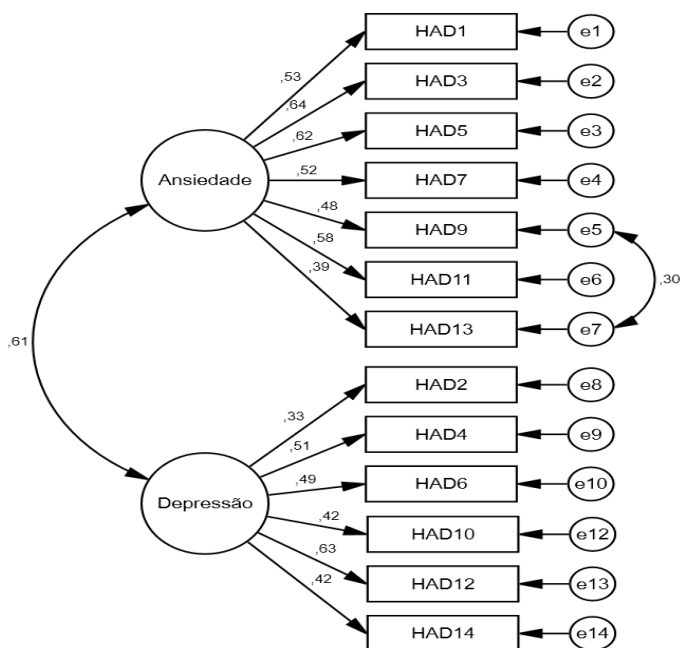
Inicialmente, realizou-se uma análise fatorial confirmatória para testar a estrutura da escala HAD. Testamos a hipótese de que a estrutura fatorial da HAD é composta por dois fatores: ansiedade, que agrupa os itens ímpares (01, 03, 05, 07, 09, 11 e 13) e depressão, que agrupa os itens pares (02, 04, 06, 08, 10, 12, 14). Foi testado também um modelo alternativo, unifatorial, com base nas correlações entre os itens de ansiedade e depressão da escala HAD observados em outros estudos (Botega *et al.*, 1995; Marcolino *et al.*, 2007). O modelo proposto obteve os seguintes

indicadores de ajuste: χ^2 (gl) = 171,3 (76), χ^2 /gl = 2,25, GFI = 0,90, AGFI = 0,86, CFI = 0,79, RMSEA [IC 90%] = 0,079 [0,063; 0,094]. No entanto, a saturação do item 8 (Eu estou lento (a) para pensar e fazer coisas) não foi significativa no fator depressão, sendo este item excluído do modelo. Uma nova AFC foi realizada apenas com os 13 itens, obtendo os seguintes indicadores de ajuste de ajuste: χ^2 (gl) = 142,2 (64), χ^2 /gl = 2,22, GFI = 0,90, AGFI = 0,86, CFI = 0,82, RMSEA [IC 90%] = 0,078 [0,060; 0,095]. Neste caso, todos os λ foram superiores a 0,30, variando entre 0,33 e 0,69, sendo estatisticamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $z > 1,96$, $p < 0,05$).

Além disso, uma inspeção dos Índices de Modificação (IMs) para as saturações (Lambdas, λ) e os erros de medida (Deltas, δ) indicou que seria recomendável correlacionar os erros de medida (IM = 14,7) dos itens 5 (Estou com a cabeça cheia de preocupações) e 7 (Consigno ficar sentado à vontade e me sentir relaxado). Uma nova análise foi realizada, correlacionando os erros dos itens 5 e 7. O modelo final obteve os seguintes indicadores de ajuste: χ^2 (gl) = 126,1 (63), χ^2 /gl = 2,01, GFI = 0,91, AGFI = 0,87, CFI = 0,86, RMSEA [IC 90%] = 0,070 [0,052; 0,088]. Os fatores Ansiedade e Depressão apresentaram, respectivamente, um alfa de Cronbach de 0,75 e 0,62, e correlação média inter-item de 0,30 e 0,22. O modelo final, junto com as cargas fatoriais, pode ser observado na Figura 1.

Em relação ao modelo alternativo, uma nova AFC realizada com uma estrutura unifatorial e com 13 itens apresentou os seguintes indicadores de ajuste: χ^2 (gl) = 172,09 (65), χ^2 /gl = 2,65, GFI = 0,88, AGFI = 0,83, CFI = 0,76, RMSEA [IC 90%] = 0,090 [0,074; 0,107]. O teste de $\Delta\chi^2$ revelou diferença significativa entre os modelos bifatorial e unifatorial, $\Delta\chi^2$ (Δ gl) = 29,89 (1), $p < 0,001$, indicando que o modelo bifatorial, de menor qui-quadrado, é o que tem o melhor ajuste aos dados.

Figura 1 - Estrutura Bifatorial da escala HAD



Posteriormente, foi computada uma pontuação total para a subescala de ansiedade, que variou entre 0 e 21, e para a subescala

de depressão, que variou entre 0 e 18. Os percentis 25, 50 e 75 para ambas as subescalas são apresentados na Tabela 1. Podemos afirmar que 44 participantes (21,6%) apresentaram um nível de ansiedade acima do ponto médio da escala, que é de 11. Em relação à escala de depressão, 26 participantes (12,7%) apresentaram nível de depressão acima do ponto médio da escala, que é de 9.

Tabela 1 - Média e Percentis para as Subescalas de Ansiedade e Depressão

		Ansiedade	Depressão
Média		7,39	5,35
	25	4	3
Percentis	50	7	5
	75	11	8

Por meio do *Test t*, buscou-se verificar diferenças quanto aos sintomas de ansiedade e depressão entre os participantes em relação ao local de tratamento (hospitais psiquiátricos e fazendas de recuperação), tendo-se observado uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes de acordo com o local de tratamento apenas em relação à ansiedade. Os participantes que estavam em tratamento em hospitais psiquiátricos apresentaram média na subescala de ansiedade de

7,83 ($DP = 4,60$) ao passo que os participantes das fazendas de recuperação apresentaram média de 6,06 ($DP = 3,63$), sendo a diferença entre tais médias significativa, $t(202) = 2,48, p \leq 0,001$. A diferença entre a média de depressão para os participantes que estavam em hospitais psiquiátricos ($M = 5,31; DP = 3,40$) e em fazendas de recuperação ($M = 5,48; DP = 2,87$) não foi significativa, $t(202) = -0,32, p = 0,75$.

4 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi testar a validade fatorial e a consistência interna da escala HAD em uma amostra de dependentes químicos em tratamento e avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão nessa população, levando em consideração o local de tratamento (hospitais psiquiátricos ou fazendas de recuperação). Os resultados apresentam as primeiras evidências de validade fatorial da escala HAD no Brasil. Os dados observados permitem concluir que a escala HAD apresenta uma estrutura bifatorial (ansiedade e depressão), sendo constituída por 13 itens, e que apresenta qualidades psicométricas de validade fatorial e consistência interna satisfatórias, corroborando o indicado pela literatura (BJELLAND, *ET AL.*, 2002; ZIGMOND; SNAITH, 1983). Embora as subescalas de depressão e ansiedade

tenham apresentado uma correlação elevada (0,61), a comparação dos modelos unifatorial e bifatorial indicou que o modelo bifatorial é o mais adequado, compreendendo a ansiedade e a depressão como conceitos distintos. Diante disso, considera-se que a escala HAD pode ser adequadamente empregada em estudos futuros que envolvam amostras de dependentes químicos em tratamento.

No que se refere à prevalência de sintomas de ansiedade e de depressão, verificada por meio da Escala de Ansiedade e Depressão (HAD), observou-se que 12,7% dos participantes apresentavam sintomas de depressão e 21,6% apresentavam sintomas de ansiedade. Os resultados deste estudo corroboram o que tem sido levantado pela literatura, indicando que as comorbidades psiquiátricas estão frequentemente associadas à dependência de substâncias psicoativas (SILVA *ET AL.*, 2009) e sobre isso, Scheffer *et al.* (2010) acrescentam que os transtornos psiquiátricos mais comumente associados à dependência química são os depressivos e os ansiosos.

Pesquisa desenvolvida por Silva *et al.* (2009) com dependentes químicos em tratamento identificou que 25,8% dos participantes apresentavam transtornos depressivos e 41,9% apresentavam transtornos ansiosos. Guimarães, Santos, Freitas e Araújo (2008) em estudo com usuários de *crack* identificaram

sintomas de ansiedade e de depressão em uma parcela significativa dessa população, sendo estes considerados os transtornos mais comuns em dependentes de *crack*. Com relação à depressão, este é um dos transtornos prevalentes em usuários de substâncias psicoativas e sua ocorrência está relacionada a um pior prognóstico no tratamento da drogadição (ALVES ET AL., 2005). Cabe citar ainda que estudo realizado por Lopes e Rezende (2013), com adolescentes, identificou uma relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a ansiedade.

Peuker, Rosemberg, Cunha e Araújo (2010) ressaltam que a prevalência de comorbidades psiquiátricas em dependentes de drogas é significativa e varia entre 21% e 65% e que a chance de dependentes químicos apresentarem transtornos psiquiátricos é quatro vezes maior do que das pessoas que não usam drogas. Nesse sentido, percebe-se que há uma elevada frequência de comorbidades psiquiátricas em pacientes dependentes de substâncias psicoativas. Tal realidade demanda uma maior atenção por parte dos profissionais que atuam no contexto da dependência química, tendo em vista as implicações desse fenômeno para o tratamento da dependência. Conforme Zanelatto e Laranjeira (2013), pacientes com comorbidade psiquiátrica apresentam menor adesão e pobre resposta ao tratamento, maior comprometimento social, aumento nas admissões em serviços de pronto-socorro, maior prevalência de

comorbidades clínicas e mais ideação e tentativa de suicídio. Além disso, esses indivíduos são também mais propensos ao desemprego, às situações de rua, envolvimento com episódios violentos e comportamento criminoso.

Apesar da importância de avaliações diagnósticas que investiguem a presença de comorbidades em dependentes químicos, tal processo é algo que apresenta dificuldades, tanto em relação à diferenciação entre transtornos previamente existentes e transtornos secundários à dependência química, como também com relação à possibilidade de os sintomas serem decorrentes da abstinência ou intoxicação, não sendo necessariamente psicopatologias (HESS; ALMEIDA; MORAES, 2012). Conforme Silva *et al.* (2009) uma das maiores dificuldades na abordagem do paciente com comorbidade está no diagnóstico diferencial, pois ocorre uma superposição de sintomas, um transtorno pode mascarar ou exacerbar o outro. Esse autor acrescenta ainda que pode haver dificuldade de estabelecer diferenças entre a presença de comorbidade psiquiátrica e dependência química devido aos sintomas de intoxicação e abstinência da substância. Apesar de tais dificuldades, a identificação precoce de quadros psicopatológicos associados à dependência química contribui na queda dos índices de recaídas e para uma maior eficácia no tratamento terapêutico (FORMIGA, 2015).

Através do Test t , no que se refere à comparação das médias nos fatores de sintomas de ansiedade e de depressão, foi encontrada diferença, estatisticamente significativa ($p < 0,001$), entre os participantes de acordo com o local de tratamento apenas para sintomas de ansiedade. Os participantes que estavam em tratamento em hospitais psiquiátricos apresentaram média na subescala de ansiedade de 7,83 ($DP = 4,60$) ao passo que os participantes das fazendas de recuperação apresentaram média de 6,06 ($DP = 3,63$), sendo a diferença entre tais médias significativa, $t(202) = 2,48, p \leq 0,001$.

Embora os hospitais psiquiátricos façam uso de medicamentos para minimizar os sintomas de ansiedade e depressão, percebe-se, nesta pesquisa, a maior incidência desses sintomas nos usuários dessas instituições. Cabe destacar que as fazendas de recuperação não fazem uso de medicação, pois funcionam regidas por disciplina, trabalho e espiritualidade como recursos terapêuticos dentro de uma vida comunitária (SOUSA; RIBEIRO; MELO; MACIEL; OLIVEIRA, 2013). Diante disso, a ineficácia do tratamento medicamentoso pode estar relacionada à ausência de um projeto terapêutico que fortaleça e potencialize o usuário em sua reinserção social, bem como no reestabelecimento dos vínculos familiares.

As fazendas de recuperação são instituições voltadas para a recuperação da dependência química, que utilizam a vida em comunidade e a espiritualidade como métodos para a superação do vício. Essas instituições podem ser definidas como microssociedades que simulam a vida da sociedade mais ampla, com o objetivo de transmitir aos seus membros práticas que os façam viver bem. Geralmente, esses locais possuem caráter religioso, sendo de inspiração católica ou evangélica, apesar da crença pregressa não ser um fator impeditivo nos objetivos da ressocialização; não possuem hierarquia vertical entre internos, voluntários e profissionais que compõem seus quadros e sua metodologia considera o residente como protagonista de sua recuperação, distanciando-se do modelo clássico da internação hospitalar (SILVA, 2016).

Fossi e Guareschi (2015) acrescentam que as comunidades terapêuticas pretendem promover mudanças no comportamento dos indivíduos e favorecer sua reinserção na sociedade. Para tanto, valores como responsabilidade, solidariedade, amor e honestidade são fomentados, além da espiritualidade. Em um estudo de caso realizado por Galvez, Moraes, Amaral, Nascimento e Gianetti (2010), com foco em uma fazenda de recuperação, os autores apontam que na instituição existem espaços para o convívio entre os internos, para práticas laborais e práticas espirituais, onde todos assumem

responsabilidades dentro da fazenda, devendo administrar a comunidade e auxiliar nas diversas atividades, o que faz com que se sintam úteis e gastem energia em algo produtivo.

Frente a isso, percebe-se um contraste entre as duas instituições, levando em consideração a direção que cada uma toma em relação à proposta de tratamento, corroborando em parte a hipótese de que usuários em tratamento em hospitais psiquiátricos terão mais sintomas de depressão e de ansiedade, visto que a diferença só foi significativa para a sintomatologia ansiosa e não para a depressiva. Dessa forma, propõe-se que o contexto em que a pessoa está inserida para o tratamento da dependência química se relaciona aos sintomas de ansiedade, podendo atuar para minimizar ou acentuar os sintomas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação verificou que a escala HAD apresenta evidências satisfatórias de validade fatorial e precisão. Os resultados sugerem a adequação desse instrumento para avaliar sintomas de ansiedade e depressão em dependentes químicos em tratamento. Esta pesquisa buscou abordar ainda a comorbidade psiquiátrica no contexto da dependência química. Os dados obtidos indicaram a presença de sintomatologia de

ansiedade e depressão em dependentes químicos em tratamento, demonstrando que tais sintomas são prevalentes e precisam ser considerados no processo de tratamento da dependência química para que haja uma intervenção efetiva.

Ademais, observou-se que os dependentes químicos em tratamento nas fazendas de recuperação apresentaram menor média de ansiedade, quando comparados aos que estavam em tratamento em hospitais psiquiátricos. Tal dado revela que a proposta de tratamento oferecida pelas fazendas parece exercer um impacto sobre a incidência de sintomas de ansiedade, o que demonstra alternativas terapêuticas que podem ser mais bem analisadas e, se possível, consideradas por profissionais e instituições que atuam na recuperação de dependentes químicos. Cabe ressaltar que, no contexto do tratamento da dependência química, o conhecimento acerca das comorbidades psiquiátricas e benefícios de diferentes propostas terapêuticas mostram-se fundamentais para um processo de recuperação bem-sucedido e para a realização de planejamento de programas preventivos mais efetivos.

Embora este estudo se mostre importante por fornecer elementos que podem contribuir para uma intervenção mais efetiva no tratamento da dependência química e na prevenção de transtornos mentais maiores, existem limitações a serem superadas em trabalhos futuros, como, por exemplo, o controle do

uso de psicotrópicos pela população estudada. Por fim, sugere-se a realização de outros estudos que envolvam dependentes químicos e comorbidades psiquiátricas com usuários de serviços substitutivos ou ainda estudos que envolvam mulheres. Estudos futuros também poderão utilizar a escala HAD, com base na estrutura fatorial aqui proposta, em conjunto com outros instrumentos para testar a sensibilidade e a especificidade dessa escala no diagnóstico da ansiedade e da depressão.

REFERÊNCIAS

- ALVES, H. N. P.; SURJAN, J. C.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; MARQUES, A. C. P. R.; RAMOS, S. P.; LARANJEIRA, R. R. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.51, n.3, p. 139-143, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000300013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n3/a13v51n3.pdf>.
- BIGATÃO, M. R.; CARLOTTI JR, C. G.; CARLO, M. M. R. P. Qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com tumores cerebrais primários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.63, n.1, p.33-38, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852014000100033&script=sci_arttext&tlng=pt.
- BJELLAND, I; DAHL, A. A.; HAUG, T. T.; NECKELMANN, D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An update literature review. **Journal of Psychosomatic Research**, n.52, p.69-77, 2002. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3) Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399901002963?casa_token=jRMpfqTLEp-QAAAAA:FCma083y6VaXn5yhKn4ntdK3nId9-Ugf5ZMSy8g17bU6FgMuz-gfqy4o3Vids98-VuAZ4V0mHTsm.
- BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA JR, C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista Saúde Pública**, v.29, n.5, p.355-363, 1995. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>. Disponível em: <https://www.scielo.br>.

BOTEGA, N. J.; PONDÉ, M. P.; MEDEIROS, P.; LIMA, M. G.; GUERREIRO, C. A. M. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilépticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n.47, p.285-289, 1998. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942006000500005>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/1995.v29n5/359-363/>.

CAPISTRANO, F. C.; FERREIRA, A. C. Z.; SILVA, T. L., KALINKE, L. P.; MAFTUM, M. A. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Escola Anna Nery**, v.17, n.2, p.234-241, 2013. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200005&script=sci_arttext.

CASTRO, M.; QUARANTINI, L.; BATISTA-NEVES, S.; KRAYCHETE, D., DATO, C.; MIRANDA-SCIPPA, A. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em Pacientes com Dor Crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, n.56, p.470-477, 2006. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942006000500005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942006000500005&script=sci_arttext&tlng=pt.

FORMIGA, M. B. **Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos da região metropolitana de João Pessoa**. 2015. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) -Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.15, n. 1, p.94-115, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-

42812015000100007&lng=pt&nrm=iso.

FURR, M. R.; BACHARACH, V. R. **Psychometrics: An Introduction. (2nd ed.)**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2014.

GALVEZ, A. G.; MORAES, D. P.; AMARAL, D. P.; NASCIMENTO, J. A.; GIANETTI, M. Redes Sociais: um estudo de caso sobre a fazenda da esperança. **Revista Administração em Diálogo**, v.14, n.1, p.114-134, 2010. DOI: <https://doi.org/10.20946/rad.v12i1.2938>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/view/2938>.

GARSON, G. D. **Structural Equation Modeling**. Asheboro: Statistical Publishing Associates, 2012.

GUIMARÃES, C.; SANTOS, D.; FREITAS, R.; ARAUJO, R. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.30, n.2, p.101-108, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000300005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082008000300005&script=sci_arttext.

HESS, A. R. B.; ALMEIDA, R. M. M.; MORAES, A. L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. **Estudos de Psicologia**, v.17, n.1, p.171-178, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100021>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2012000100021&script=sci_arttext&tlng=pt.

LARANJEIRA, R. (ORG.). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LEAL, E. M.; DELGADO, G. P. G.; MANN, R.; STRIKE, C.; BRANDS, B.; KHENTI, A. Estudo de comorbidade: sofrimento psíquico e abuso de drogas em pessoas em centros de tratamento, Macaé - Brasil.

Texto e Contexto em Enfermagem, v.21, n. Esp, p.96-104, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000500013>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000500013&script=sci_arttext.

LÓPEZ, P. M.; FERRANDIS, E. D.; VAILO, Y. A.; GARRIDO, M. J. G.; MURGUI, M. J.; PÉREZ, S. M.; GUERRA, E. I. Structural validity and distress screening potential of the Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v.12, p.435-447, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33723713005.pdf>.

LOPES, A. P.; REZENDE, M. M. Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v.30, n.1, p.49-56, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000100006>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2013000100006&script=sci_arttext.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto em Enfermagem**, v.22, n.3, p.662-70, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300012&script=sci_arttext&tlng=pt.

MARCOLINO, J. A. M.; MATHIAS, L. A.; FILHO, L. P.; GUARANTINI, A.; SUZUKI, F.; ALLI, L. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.57, p.52-62, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942007000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rba/v57n1/06.pdf>.

MERCHAN-HAMANN, E.; LEAL, E.; BASSO-MUSSO, L.; GARCIA-ESTRADA, M.; REID, P.; KULAKOWA, O.;...; DOMENECH, D. Comorbilidad entre Abuso/Dependencia de Drogas y el Distrés Psicológico en Siete Países de Latinoamérica y uno del Caribe. **Texto & Contexto Enfermagem (UFSC. Impresso)**, v.21, p.87-95, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000500012>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000500012&script=sci_arttext.

NUNES, S.; RIOS, M.; MAGALHÃES, A.; COSTA, S. Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.14, n.3, p.382-388, 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300002.

PEUKER, A. C.; ROSEMBERG, R.; CUNHA, S. M.; ARAÚJO, L. B. Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. **Paidéia**, v.20, n.46, p.165-173, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n46/03.pdf>.

ROBERGE, P.; DORÉ, I.; MENEAR, M.; CHARTRAND, E.; CIAMPI, A.; DUHOUX, A.; FOURNIER, L. A psychometric evaluation of the French Canadian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large primary care population. **Journal of Affective Disorders**, v.147, p.171-179, 2013. DOI: 10.1016 / j.jad.2012.10.029. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23218249>.

SCHEFFER, M., PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.26, n.3, p.533-541, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000300016&script=sci_abstract&tlng=pt.

SILVA, C. R.; KOLLING, N. M.; CARVALHO, J. C. N.; CUNHA, S. M.; KRISTENSEN, C. H. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de

cocaína/crack e alcoolistas: Um estudo exploratório. **Aletheia**, v.30, p.101-112, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200009.

SILVA, V. A. **A legitimidade das comunidades terapêuticas católicas para a dependência química no espaço público brasileiro: O caso da Fazenda Esperança**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

SOUSA, P. F.; RIBEIRO, L. C. M.; MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C.; OLIVEIRA, M. X. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. **Temas em Psicologia**, v.21, n.1, p.259-268, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-18>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751531018.pdf>.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2020**. 2020. Disponível em: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/index.html>.

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

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.67, n.6, p.361-370, 1983. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>.

SOBRE OS AUTORES

Alexandre Coutinho de Mello - Graduação em Psicologia (UFPB), Mestre e Doutorando em Psicologia Social (UFPB), Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (UFPB).

Anderson Barbosa de Araújo - Graduação em Psicologia (UFPB), Mestrando em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

Angélica de Lucas Galvão – Graduação em Psicologia (Universidade do Sagrado Coração), Especialização em Psicodrama Triádico (Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama) Mestrado em Psicologia (Universidade Católica de Brasília), Professora da Universidade Católica de Brasília.

Betânia Maria Oliveira de Amorim – Graduação em Psicologia (UFPB), Mestrado em Educação (UFPE), Doutorado em Sociologia (UFPB). Professora da Universidade Federal de Campina Grande, Coordenadora do NEXUS - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicologia, Saúde e Sexualidades.

Camila Cristina Vasconcelos Dias – Graduação em Psicologia (UFPB), Mestre e Doutoranda em Psicologia Social (UFPB),

Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (UFPB).

Carla Alves Gomes – Graduação em Psicologia (UFPB), Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental (UNISEPE), Especialista na atenção ao paciente crítico pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (UFPB), Especialista em Neuropsicologia Clínica (Instituto de Neuropsicologia Aplicada).

Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros – Graduação em Psicologia (UNICAP), Especialização e Mestrado em Psicologia Clínica (UNICAP), Doutorado em Psicologia Social (UFPB), Professora na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Coordenadora de Período na graduação em psicologia (FPS).

Cleide Pereira Monteiro – Graduação em Psicologia (UFPB), Mestrado em Psicologia Clínica (UNICAP) e Doutorado em Letras (UFPB), Professora do curso de Psicologia (UFPB).

Edilene Freire de Queiroz - Graduação em Psicologia (UNICAP), Mestrado em Antropologia (UFPE), e Doutorado em Psicologia

Clínica (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo), Professor titular da Universidade Católica de Pernambuco.

Isabelle Gomes Oliveira – Graduação em Psicologia (UFPB), Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (UFPB).

João Victor Cabral da Silva – Graduação em Psicologia (UFPB), Mestrando em Psicologia Social (UFPB), Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (UFPB).

Juliana Rízia Félix de Melo - Graduação em Psicologia (UFPB), Mestra e Doutora em Psicologia Social (UFPB), Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (UFPB).

Laíne Louise Carvalho de Almeida – Graduanda em Psicologia (UFCEG).

Laís Claudino Moreira Ribeiro – Graduação em Psicologia (UFPB), Especialista em Saúde Hospitalar com ênfase em Atenção à Saúde do Idoso (UFPB), Especialista em Psicologia Humanista e Abordagem Centrada na Pessoa (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPE), Mestre e Doutoranda em Psicologia (UFPE).

Linniker Matheus Soares de Moura – Graduação em Psicologia (UFPB), Mestrando em Psicologia Social (UFPB), Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (UFPB).

Maria Aparecida Penso – Graduação em Psicologia (Universidade de Brasília - UNB), Mestre em Psicologia Social e da Personalidade (UNB), Doutora em Psicologia (UNB). Professora titular do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica de Brasília. Pertence aos Grupos de Pesquisa SOCIUS; Diálogos em Sociologia Clínica e Núcleo de pesquisa e intervenção: exclusão social, violência urbana e subjetividade. É membro da Associação Nacional de Pesquisadores em Psicologia (ANPEPP) onde pertence ao grupo de pesquisa Drogas e Sociedade. Pós-doutorado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense.

Moisés Sousa de Araújo - Graduação em psicologia pela Universidade Federal da Paraíba.

Patrícia Fonseca de Sousa – Graduação em Psicologia (UFPB), Mestrado e Doutorado em Psicologia Social (UFPB), Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (UFPB).

Rayanni Carlos da Silva – Graduação em Psicologia (UFPB), Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (UFPB).

Silvana Carneiro Maciel – Graduação em Psicologia (UFPB), Mestrado em Psicologia Social (UFPB), Doutorado Integrado em Psicologia Social (UFPB/UFRN), Pós-Doutorado em Psicologia Social (ICS-Portugal), Professora Associada II do Departamento de Psicologia da UFPB e professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFPB (Mestrado e Doutorado). É membro da Associação Nacional de Pesquisadores em Psicologia (ANPEPP) onde pertence ao grupo de pesquisa Representação Social. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química-UFPB (GPSMDQ-UFPB).

Tamiris Molina Ramalho Hirschle - Graduação em Psicologia (UFPB), Mestre em Psicologia Social (UFPB), Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (GPSMDQ-UFPB).

Thaís de Sousa Bezerra de Menezes – Graduação em Psicologia (UFPB), Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental (Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa), Mestre e Doutoranda em Psicologia Social (UFPB), Membro do Grupo de Pesquisa em

Saúde Mental e Dependência Química (GPSMDQ-UFPB).

Tiago Jessé Souza de Lima – Graduação em Psicologia (UFPB), Mestrado e Doutorado em Psicologia Social (UFPB), professor Adjunto do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho (PST) e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (Universidade de Brasília), É vice coordenador do Grupo de Trabalho “A diversidade teórica-metodológica da Psicologia Social” da ANPEPP.

Vitória Maria Medeiros Guerra - Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (GPSMDQ-UFPB).

Viviane Lima Marcelino - Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Especialização em andamento em Terapia Cognitiva comportamental da infância e adolescência pelo centro universitário Unipe. Profissional atuando no serviço de atenção psicossocial (CAPS).



Este livro foi diagramado pela
Editora UFPB em 2020.

