



# Temas em Saúde

**VOLUME 19**

**EDIÇÃO ESPECIAL**

**FIP - PSICOLOGIA**



ISSN: 2447-2131

João Pessoa, 2019

# Temas em Saúde

## Conselho científico

Dra. Ana Escoval  
ENSP - Universidade Nova de  
Lisboa – Portugal

Dra. Ana Luíza Stiebler Vieira  
ENSP - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Ana Tereza Medeiros  
Cavalcanti da Silva  
UFPB - João Pessoa – PB

Dra. Angela Arruda  
UFRJ - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Antonia Oliveira Silva  
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. César Cavalcanti da Silva  
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. David Lopes Neto  
UFAM - Manaus – AM

Fernanda Shizue Nishida  
UNICESUMAR - Maringá - PR

Dra. Francisca Bezerra de  
Oliveira  
UFCG - Cajazeiras – PB

Dra. Inácia Sátiro Xavier de  
França  
UEPB - Campina Grande – PB

Dra. Inez Sampaio Nery  
UFPI - Teresina – PI

Dra. Iolanda Beserra da  
Costa Santos  
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. Jorge Correia Jesuino  
ISCTE - Lisboa – Portugal

Dr. Jorge Luiz Silva Araújo  
Filho  
FIP - Patos – PB

Dra. Josinete Vieira Pereira  
FIP - Patos - PB

Dra. Lélia Maria Madeira  
UFMG - Belo Horizonte -  
MG

Dr. Luciano Augusto de  
Araújo Ribeiro  
FSM - Cajazeiras - PB

Dr. Luiz Fernando Rangel  
Tura  
UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

Dra. Malba Gean Rodrigues  
de Amorim  
FIP - Patos - PB

Dra. Maria do Socorro Costa  
Feitosa Alves  
UFRN - Natal - RN

Dr. Maria do Socorro Vieira  
Pereira  
FIP - Patos - PB

Dra. Maria Eliete Batista Moura  
UFPI - Teresina - PI

Dra. Maria Emília R. de Miranda  
Henriques  
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Maria Iracema Tabosa da  
Silva  
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Marta Miriam Lopes  
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Raimunda Medeiros  
Germano  
UFRN - Natal – RN

Dra. Sammia Anacleto de  
Albuquerque Pinheiro  
FIP - Patos– PB

Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos  
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Solange Fátima Geraldo da  
Costa  
UFPB - João Pessoa - PB

## Editor-chefe

Dr. Carlos Bezerra de Lima  
FAST - Nazaré da Mata -  
PE

## Comissão editorial

Carlos B. de Lima  
Júnior  
Ana Karla B. da Silva  
Lima

## Contatos

[www.temasensaude.com](http://www.temasensaude.com)  
[contato@temasensaude.com](mailto:contato@temasensaude.com)



# Temas em Saúde

## Índice

### EDITORIAL 6

- 1** A MORTE E O MORRER: O PROFISSIONAL DE SAÚDE DIANTE DA TERMINALIDADE 7
- 2** ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E O USO DA ARTETERAPIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS 28
- 3** AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: COMPREENDENDO SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS 54
- 4** BURNOUT EM ACADÊMICOS DE PSICOLOGIA QUE CONCILIAM TRABALHO E ESTUDO 83
- 5** SÍNDROME DE BURNOUT EM MOTORISTAS QUE TRANSPORTAM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS 99
- 6** BURNOUT EM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS 111
- 7** CARACTERIZAÇÃO DAS DEMANDAS DO SERVIÇO-ESCOLA DE PSICOLOGIA DE UMA CLÍNICA-ESCOLA INTEGRADA NO ALTO SERTÃO PARAIBANO 132
- 8** DO DIAGNÓSTICO UNIVERSAL AO DIFERENCIAL; DO AUTISMO AOS AUTISTAS: PROBLEMATIZANDO O DIAGNÓSTICO E INVESTIGANDO SUAS IMPLICAÇÕES PARA O AUTISMO 150
- 9** ESQUIZOFRENIA E USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: UMA RELAÇÃO 163
- 10** ESTRESSE OCUPACIONAL EM POLICIAIS MILITARES: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE O SETOR ADMINISTRATIVO E O OPERACIONAL 177



# Temas em Saúde

- 11** EXPECTATIVAS DE PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO EM RELAÇÃO À INTERVENÇÃO CIRÚRGICA **191**
- 12** GRUPOS DE PESQUISAS NACIONAIS E AS ESPECIALIDADES MÉDICAS **210**
- 13** HISTÓRICO PESSOAL DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS: UMA PESQUISA DOCUMENTAL **225**
- 14** INTERVENÇÕES LÚDICAS COM CRIANÇAS NO PRÉ-OPERATÓRIO **248**
- 15** NÍVEIS DE ANSIEDADE E ESTRESSE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS **260**
- 16** O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE DOWN NO NÚCLEO FAMILIAR: UMA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA **275**
- 17** PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ESTRESSE OCUPACIONAL EM MOTOTAXISTAS NO SERTÃO DA PARAÍBA **303**
- 18** PSICOLOGIA JURÍDICA E ESCUTA PSICOLÓGICA: PROMOVEDO SAÚDE MENTAL NO JUDICIÁRIO JUNTO A ADOLESCENTES INFRATORES **321**
- 19** QUALIDADE DA ÁGUA EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS: ANÁLISES, MICROBIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA **338**
- 20** A REPERCUSSÃO DO SUICÍDIO NO ÂMBITO FAMILIAR: O SENTIDO DA VIDA DOS SOBREVIVENTES **358**
- 21** ATITUDES SOCIAIS E COMPORTAMENTOS EMPÁTICOS FRENTE AO SUICÍDIO **381**



## Editorial

A primeira ideia que me vem à mente ao elaborar este modesto texto é apresentar os parabéns ao Professor Dr. Joselito Santos, pela liderança demonstrada na comunidade acadêmica do curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de patos – FIP, a exemplo dos artigos que dão corpo a esta edição especial da revista Temas em Saúde. Nossos agradecimentos a todos, pela decisão de submeter sua produção científica à revista, cujas publicações atuais e futuras constituem motivo de satisfação. Nossos agradecimentos também ao leitor, sem o qual, não haveria interesse em publicar produção científica.

Aproveito desta oportunidade para deixar a todos a seguinte mensagem: Um bom texto desperta sentimentos no leitor que se interessa por sua leitura movido pela curiosidade. Ao ler um texto bem elaborado, o leitor se identifica com as ideias nele contidas, via sentimentos que afloram. O leitor fica triste e chora, se alegra e ri, ama e espera! Ao redigir um bom texto, o escritor acende uma luz, para que os correspondentes leitores vejam e se comprometam com a apreensão, compreensão e extrapolação ou elaboração de novos conhecimentos.

Dr. Carlos Bezerra de Lima

Editor-chefe



**Artigo**

**A MORTE E O MORRER: O PROFISSIONAL DE SAÚDE DIANTE DA  
TERMINALIDADE**

**DEATH AND DYING: THE HEALTH PROFESSIONAL FACING THE  
TERMINALITY**

Ediane Viana da Silva<sup>1</sup>  
Volffraniad Pinheiro Dias de Sá<sup>2</sup>

**RESUMO** - A experiência de lidar com a morte é algo que todas as pessoas querendo ou não irão vivenciar em algum momento da vida, e tendo por base as diversas reações que a ocorrência desta pode vir a causar, este estudo tem como tema a morte e morrer: o profissional de saúde diante da terminalidade, cujo objetivo trata-se da percepção destes profissionais acerca do paciente terminal, buscando aprofundar-se nas questões envolvidas de como a finitude afeta os profissionais no âmbito de uma instituição de saúde, levando em consideração que estes lidam com a possibilidade do acontecimento da morte a todo instante. Com isso, este trabalho consistiu na realização de uma coleta de dados cuja amostra escolhida, encontrava-se numa instituição de saúde do sertão da Paraíba, cuja análise foi do tipo qualitativa, afim de verificar a ideia de que quanto mais os profissionais de saúde presenciam a ocorrência da morte, mais são afetados positiva ou negativamente.

**Palavras-chave:** Morte; Profissionais de saúde; Terminalidade.

**ABSTRACT** - The experience of dealing with death is something that all people want or will not experience at some point in life, and based on the various reactions that the occurrence of this may cause, this study has the theme of death and dying: the health professional in front of the terminal, whose objective is the perception of these professionals about the terminal patient, seeking to deepen in the questions involved

<sup>1</sup> Discente. Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

<sup>2</sup> Docente. Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).



### Artigo

how finitude affects the professionals within the scope of a health institution, taking into account that they deal with the possibility of the event of death at any moment. Thus, this work will consist of a data collection whose chosen sample is in a health institution in the sertão of Paraíba, whose analysis will be of the qualitative type, in order to verify the idea that the more health professionals witness the occurrence of death, more are affected positively or negatively.

**Keywords:** Death; Health professionals; Terminality.

## INTRODUÇÃO

No que tange a respeito da morte, esta é conhecida como o momento da interrupção da vida, e pode vir a acontecer de diversas formas, cujo neste estudo trata a questão da morte devido à doença grave. O fato da morte é um tema que já vem sendo discutido há tempos, e muitos teóricos postularam sobre este. Ferreira e Mendes (2013), ao mencionar que a morte é para todos, tentaram amenizar a distância dela para conosco. Disseram ainda, que morrer é um acontecimento antigo e natural, ou seja, não há explicação sobre o porque dela ocorrer, e esta é considerada necessária no aspecto biológico. Para elas, a morte é vista como algo que rompe de propósito todas as regras criadas e impostas pela sociedade em geral, logo a morte rompe de forma definitiva as nossas defesas mais sólidas e embasadas, sejam elas de quaisquer âmbitos – cognitivo, religioso ou emocional.

Kubler-Ross (1926, citado em Ferreira & Mendes, 2013), aponta que são vários os motivos para se querer fugir da morte, um dos maiores são as próprias características de morrer, pois é um momento muito triste, como solitário, mecânico e desumano, morrer acaba por ser uma ocorrência impessoal, triste e solitária. Ela ainda salienta que o processo da morte é tão natural e previsto quanto nascer, porém, o nascimento é visto, percebido e sentido como algo feliz e comemorado, afinal é uma nova vida que veio para ser feliz e fazer outras pessoas felizes, do contrário a morte significa algo terrível, inexpressivo e inaceitável muitas vezes, com isso sendo evitada de diversas maneiras por nossa sociedade. Provavelmente isso se dá pelo fato de que ela remonte nossa vulnerabilidade enquanto seres humanos, afinal, a morte faz parte das muitas coisas que nós não podemos controlar, e como de costume o que foge ao nosso controle perturba



### Artigo

nossa zona de conforto, causando dentre muitas coisas, sentimentos dolorosos e não efêmeros.

Levando-se em consideração o que foi colocado acima a respeito da morte e como a mesma geralmente é percebida, Souza e Boemer (2005), afirmaram que no que sabe-se acerca dos profissionais de saúde, estes são os que tem função de cuidar e zelar pela saúde do homem enquanto ser vivo, tendo em vista assim adiar ou mesmo retardar por quanto tempo for possível, o contato com a situação de morte, logo esta que envolve tanto medo. Diante desse contato um tanto frequente com a circunstância do fim da vida humana, esses profissionais se percebem com a expectativa de que o exercer da prática profissional significa restabelecer e por vezes curar a saúde de todos os enfermos a quem prestam cuidados e assistência, deixando assim passar despercebido o fato de que a vivência da morte é inerente a nossa condição enquanto seres humanos.

Assim, tomando como base essas questões e a necessidade de serem abordadas, esta pesquisa objetiva verificar a percepção dos profissionais de saúde diante da terminalidade. Contudo, buscando entender a relação da ocorrência da morte na percepção dos profissionais da área da saúde, partindo da ideia de que esses profissionais são afetados de algumas formas com relação a terminalidade, sejam essas formas positivas ou negativas, este estudo foi pensado.

#### Conceito de morte e de paciente terminal

A ocorrência da morte é algo que se discute há tempos, pois não se sabe muito a seu respeito ou qual o seu objetivo. Mendes, Lustosa e Andrade (2009), trazem que a morte tem dois lados e que podemos percebê-los como um que fascina e o outro que aterroriza a humanidade, logo, o mais inquietante é que a morte não é acessível para os vivos, e com isso há diversos tipos de reflexões feitas por doutrinas, tanto religiosas como filosóficas, tentando clarear, entender e explicá-la.

No que tange a respeito do temor diante da morte, Kübler-Ross (2008), diz que praticamente desde sempre o ser humano tem verdadeira abominação da morte, ela complementa seu ponto de vista destacando que segundo a visão psiquiátrica existe uma noção básica, cuja em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando falamos de nós mesmos, ou seja, significa dizer que quando a morte é o nosso próprio final ela não existe, logo, nós não podemos ter um término. Partindo dessa colocação, Kübler-Ross (2008), postula que é inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa





### Artigo

vida na terra e, sendo assim, o fim para conosco sempre será visto de forma negativa e atribuído a uma intervenção maligna, a qual está fora de nosso alcance.

A respeito do paciente terminal, este é considerado segundo Domingues et al. (2013), como aquele sujeito cuja saúde já se encontra tão prejudicada que nenhuma forma de tratamento o fará recuperar seu bem-estar, e sendo assim passa a ser uma questão de tempo até que o mesmo venha a falecer, tendo em vista que seu quadro é irreversível e a morte é de fato iminente. Nesses casos, cabe a esses pacientes receberem as mais possíveis formas de cuidados, para que ao menos eles disponham de uma boa qualidade da vida que lhes resta, ou seja, lhes são oferecidos cuidados conhecidos como paliativos, cujos são proporcionados pela equipe multidisciplinar e não mais cuidados curativos, cujos tem intuito de recuperar o estado saudável. Segundo Inca (2013), os cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, tendo como objetivo uma melhoria da qualidade de vida do paciente, realizando assim formas de alívio do sofrimento como também psicológicos para estes.

Contudo, conforme Kübler-Ross (2008), há cinco estágios dos quais passam os enfermos frente a aproximação da morte: Primeiro a negação e o isolamento, onde a negação se mostra como uma defesa do paciente, que não quer aceitar que sua circunstância é verdadeira. Segundo a indignação, a raiva se manifesta contra tudo, inclusive revolta e indagações para Deus, “por que eu?” O paciente se mostra agressivo. Terceiro a barganha, a vontade de realizar boas ações e em troca ser recompensado. Quarto a depressão, no seguinte em que se estabelece o sentimento de perda, nesse estágio, há pouca conversação da parte do paciente, pois a demonstração de afeto se mostra mais relevante. E enfim, o quinto estágio é o da aceitação, que não significa felicidade, apenas que o paciente abraça a própria realidade e lida com ela de sua melhor forma. Salientando que estes estágios não ocorrem necessariamente nessa ordem, há variações de pacientes para pacientes, porém em todos eles, há o que Kübler-Ross conceitua como o fio de esperança, que em certos momentos, o paciente sente que seu quadro pode mudar, porém esse fio é relativo.

#### **Percepção da equipe multidisciplinar e visão humanística**

Moritz (2002), traz o conceito de hospitalis, palavra de origem latina que significa o que hospeda ou dá agasalho, e atualmente hospital é definido em termos médicos, como uma instituição destinada ao tratamento, cuidado e cura dos doentes e



### Artigo

feridos, para o treinamento de médicos e enfermeiras e para o estudo de enfermidades. E sob esse pressuposto, podemos perceber que até no próprio significado, a unidade hospitalar e aqueles que dela fazem parte estão voltados a oferecer cuidados, suporte e sobretudo conforto para os doentes que deles necessitem.

Destacando ainda que dentre as muitas facetas da prática da equipe multidisciplinar, uma que não passa despercebido é a necessidade de humanização do profissional, para que o mesmo tenha sempre recorrente a concepção de que o paciente não é objeto de estudo nem fonte de renda, o paciente é um ser humano que precisa da assistência profissional da equipe, esta contendo todo o arcabouço teórico-prático, como também humanizado e empático. A primeira atitude a ser adotada quando falamos em humanização da realidade hospitalar é justamente a de estabelecer vínculos humanos em que um se percebe como humano e reconhece ao outro como igualmente humano. (Camon, 2012)

Complementando, Menezes (2010), traz a percepção do paradigma biocêntrico, cujo se origina de uma proposta de formação humana, que percebe a vida como valor supremo, e essa abordagem visa uma aprendizagem centrada na vida como o caminho para o desenvolvimento da formação, buscando assim desenvolver nos estudantes uma visão crítica em relação ao cuidado. Com isso, relacionando-se com o âmbito hospitalar, ainda que um paciente esteja terminal, este deve apreciar o seu resto de vida, pois ela é pra ser vivida, e não apenas encarar a própria situação focado na sua finitude. E particularmente, fazendo um paralelo desse paradigma com a logoterapia, é possível perceber que ainda que se saiba que não há muito a se fazer diante da morte iminente, há algo, e é nesse algo que pode-se haver sentido em querer aproveitar os cuidados e confortos que lhes são direcionados, tanto por meio dos familiares como da equipe multidisciplinar.

Levando o que foi posto em consideração, percebe-se ainda algo relevante na obra de Frankl (2003), que seria o fato de que a morte põe fim a nossa existência enquanto duração de tempo no mundo, mas nossa essência humana, aquilo responsável por caracterizar e configurar nossa identidade, que facilita nossas construções de laços afetivos e vínculos, que torna evidente o fato de amar e sermos amados, não pode ser rompido com a morte, é de caráter único e irrepetível, portanto, morremos em questão de corpo presente, mas para quem amamos e somos amados, a morte não significa o nosso fim.



### Artigo

Para finalizar, em virtude do fato que um dos pontos mais relevantes do estudo em questão trata-se da percepção, cabe aqui abordar informações sobre a mesma diante de sua representação social. Contudo, segundo Silva (2015), ainda que diversas vezes os termos “sensação” e “percepção” sejam tidos como sinônimos, estes apresentam particularidades. De modo geral, a sensação está voltada aos cinco órgãos do sentido, respectivamente, visão, audição, olfato, paladar e tato, enquanto que a percepção aborda a síntese promovida pela atividade mental.

Tomando o que foi mencionado acima como base, podemos assim salientar que a percepção abarca questões voltadas a nossa interpretação de algo ou alguém, e para melhor explicar este raciocínio, vou utilizar como exemplo o aroma. Perceba, podemos ter contato com diversos perfumes por meio da nossa sensação (sentido do olfato), mas é a partir da forma como interpretamos esses perfumes que podemos classificá-los, seja como um cheiro agradável ou não, e mesmo saber identificar a que ou quem este perfume pertence, ressaltando que ocorre mediante todas as sensações. Assim, temos as considerações acerca de percepção.

## MÉTODO

### Tipo e Local de estudo

Este estudo realizou-se a partir de uma pesquisa de campo, do tipo descritiva qualitativa. Em vista da descritiva, esta tem como objetivo adquirir conhecimento e realizar interpretação na realidade sem que nela faça interferência, tendo em vista a busca pela descoberta e observação dos fenômenos, como também os descrever, classificar e interpretar. A respeito da qualitativa, nesta há o intuito de coletar informações voltadas a imersão, ou seja, não esteve voltada para quantidades, mas pretendia apurar dados imersos, cujos se caracterizam como sendo mais subjetivos. A coleta de dados deste estudo foi realizada de modo presencial, respectivamente, numa instituição de saúde, localizada no sertão da Paraíba.

### Participantes

A amostra deste estudo foi realizada com vinte e um profissionais de saúde de nível superior, com idades entre 25 e 53 anos, que trabalham na UTI e área vermelha de



### Artigo

uma instituição de saúde no sertão da Paraíba, cujos vivenciam frequentemente situações de morte.

#### **Instrumentos para coleta dos dados**

Para o desenvolvimento deste trabalho, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, objetivando identificar no discurso dos participantes, resoluções para serem correlacionadas com os objetivos da pesquisa. Como trata-se de uma entrevista semiestruturada, a mesma conta com um questionário sócio demográfico contendo variáveis como: sexo, idade, religião, estado civil e profissão; como também contém algumas variáveis acerca dos objetivos do estudo, tais como: Como é percebido o fato da terminalidade/finitude? Como é sua relação com pacientes terminais? Dentre outras. Assim se configura os instrumentos deste estudo.

#### **Procedimentos para coleta dos dados**

Inicialmente, o pesquisador se responsabilizou pela obtenção e porte de todos os termos de autorização necessários, os quais são: o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido); Termo de Responsabilidade e Compromisso dos Pesquisadores e Carta de Anuência assinada e liberada pela Instituição de Saúde.

Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética das FIP, para avaliação e aceitação, em vista das mesmas segue seu CAAE: 80784717.9.0000.5181. Posteriormente a aprovação, a entrevista semiestruturada foi aplicada em profissionais de saúde de áreas diversas, utilizando do material impresso e caneta. Estimando que foram necessários cerca de vinte e cinco à trinta minutos para conclusão da pesquisa por parte de cada sujeito.

#### **Procedimentos para análise dos dados**

A análise de conteúdo dos dados adquiridos foi feita qualitativamente, baseando-se na análise do autor Laurence Bardin, a fim de verificar as categorias de resposta por trás do discurso dos sujeitos.

#### **Aspectos éticos**



### Artigo

A pesquisa em questão só foi realizada após autorização da coordenação do curso de Psicologia. Durante o processo da pesquisa, foram realizados todos os procedimentos éticos com base na Resolução 510/16. O projeto só foi executado após a aprovação do Comitê de Ética. Respeitando os aspectos de não-maleficência, este estudo não apresenta nenhum dano aos indivíduos que participarem da pesquisa, levando ainda em consideração que os mesmos podem recusar a pesquisa a qualquer momento. Aqueles que aceitaram participar da mesma, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidos a todos o direito de sigilo. Assim, temos em vista que os preceitos éticos exigidos em pesquisa com seres humanos foram cumpridos.

### RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram utilizados para a realização da pesquisa aqui presente um questionário sócio demográfico e uma entrevista semi-estruturada. No que se trata do questionário, o mesmo foi aplicado com intuito de identificar características acerca do perfil dos participantes (profissionais da área de saúde), por meio de itens como: nome, idade, sexo, estado civil, religião, nível de religiosidade, grau de escolaridade e profissão. Na tabela abaixo há dados que dizem respeito ao perfil que foi mencionado acima, cujos foram expostos pelos sujeitos no momento da coleta.

De acordo com o que foi coletado nas entrevistas participaram da pesquisa 21 sujeitos de ambos os sexos, sendo que 7 do sexo masculino (34%) e 14 do sexo feminino (66%). Entre esses, 11 tem entre 25 e 35 anos (52%) enquanto 10 tem entre 37 e 53 anos de idade (48%). Em relação ao estado civil dos mesmos, 10 são solteiros (48%), 6 são casados (29%), 3 são divorciados (15%), 1 viúvo(a) (4%) e 1 em união estável (4%). No que se refere da religião, 20 dos participantes são católicos (96%) e 1 é evangélico (4%).

Tratando-se do nível dessa religiosidade, numa escala que conta com índice que vai de nada religioso até muito religioso incluindo subníveis de 0 a 5, os indivíduos se apontaram da seguinte forma: 1 descreveu nível 1 de religiosidade (4%), 5 descreveram nível 2 de religiosidade (24%), 7 descreveram nível 3 de religiosidade (34%), a descreveram nível 4 de religiosidade (20%), 3 descreveram nível 5 de religiosidade (14%) e 1 descreveu nível de muito religioso (4%), observando que os campos “nada” e



### Artigo

“0” desse item não foram preenchidos por nenhum dos sujeitos. No que tange a respeito do grau de escolaridade, 5 dos participantes relataram que haviam terminado o ensino médio e portanto fizeram cursos técnicos (24%), 13 relataram ter concluído o ensino superior (62%) e 3 que já haviam se pós graduado (14%). Enfim, no item que aborda a profissão dos entrevistados, 7 são Enfermeiros (34%), 4 são Fisioterapeutas (19%), 2 são Nutricionistas (9%), 2 são Médicos (9%) e 6 são Técnicos em Enfermagem (29%).

No que se refere aos dados coletados pela entrevista semi-estruturada, a análise da mesma foi feita através da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011). Conforme Bardin (2011), a análise por meio da categorização trata-se de uma operação da classificação dos elementos constituintes de um conjunto, por diferenciação e em seguida por reagrupamento de acordo com o gênero, com os critérios que são definidos previamente. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos que são as unidades de registro. No que tange a classificação dos elementos em categorias, esta necessita a investigação dos dados semelhantes que há entre os mesmos, tendo em vista que o que houver em comum permite assim seu agrupamento. E assim, baseando-se no que foi visto, foi possível elencar quatro categorias de análise.

A primeira categoria de análise se intitula como: 1) “Percepção dos profissionais de saúde em relação a terminalidade”, na qual foram compostas as quatro subcategorias seguintes: A) Lei natural, B) Fim da vida, C) Difícil aceitação e D) Outros. Já se tratando da segunda categoria, a mesma foi nomeada como: 2) “Relação dos profissionais com os pacientes que se encontram em situação terminal”, cuja há cinco subcategorias, sendo elas: A) Apoio/assistência, B) Cuidados paliativos, C) Profissionalismo, D) Não gosto e E) Relativo.

A terceira categoria foi intitulada como: 3) “Reação dos profissionais frente a vivência frequente com a morte”, enquanto suas subcategorias foram sete, as mesmas são: A) Tristeza, B) Profissionalidade, C) Naturalidade, D) Impotencialidade, E) Relatividade, F) Não absorção do problema e G) Tranquilidade. E por fim, a quarta categoria foi nomeada como: 4) “Orientações para os profissionais como forma de preparo para lidar com circunstâncias de morte e morrer”, e nesta existe apenas três subcategorias, cujas: A) Sim, B) Outras situações e C) Não.

Após isso, foi feito um recorte das falas que se mostraram mais importantes no discurso dos indivíduos participantes, as mesmas foram interpretadas durante a exploração das informações adquiridas com intuito de conseguir dados fidedignos. No que tange acerca discussão dessas informações obtidas, fora atribuídos nomes fictícios





**Artigo**

aos sujeitos, para assim garantir preservação de suas identidades. A seguir, serão exibidas as tabelas e suas respectivas categorias e subcategorias, como também variáveis e percentuais das mesmas.

Tabela 1

Categoria percepção dos profissionais de saúde em relação a terminalidade

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Percentual</b>
Percepção dos profissionais de saúde em relação a terminalidade	Lei natural	Evolução humana; normal; aceitável; inevitável; indiferente	38%
	Fim da vida	Tristeza; alívio do sofrimento; sofrimento; descanso; momento sensível; abalo psicológico; fechamento de ciclo	34%
	Difícil aceitação	Ruim; difícil de aceitar	9%
	Outros	Missão cumprida; fatalidades; respeito; oferta de cuidados; não existe fim da vida; cessar de interesses e desejos	24%

Inicialmente, observamos que essa categoria corresponde ao objetivo geral da pesquisa, cujo buscava verificar qual a percepção dos profissionais de saúde em relação a terminalidade. Na primeira categoria 1) “Percepção dos profissionais de saúde em



### Artigo

relação a terminalidade”, na subcategoria 1.A) “Lei natural”, expressões como evolução humana, normal e inevitável se fizeram mais presentes nos discursos dos entrevistados, sendo que estes também mencionaram perceber a morte como algo que deve ser aceitável, como também houve um dos participantes que falou que percebia o fato da morte com indiferença. Tendo em vista que essa foi a subcategoria mais mencionada no discurso dos participantes, a qual abarcou percentual de 38% em relação as demais desta mesma categoria.

De acordo com o que foi trago pelos entrevistados, Souza et al. (2017), afirmam que a ocorrência da morte é algo inerente à vida, da mesma forma que nascer, ou seja, trata-se de um momento natural da existência humana, cujo dependendo de fatores como crenças, sejam religiosa, cultural ou étnica, auxiliam a moldar a atitude do indivíduo diante do processo da morte e do morrer. Assim, pode-se perceber como também definir as atitudes diante da morte, por intermédio de perspectivas diferentes, positiva ou negativamente. Sendo as positivas, portanto, caracterizadas como aceitação da morte.

Abordando agora a subcategoria 1.B) “Fim da vida”, foi destacado pelos participantes palavras e expressões como tristeza, alívio do sofrimento, sofrimento, descanso, fechamento de ciclo, como também foi expresso que o fim da vida é um momento sensível que resulta um abalo psicológico. Percebendo que se tratando desta subcategoria, a mesma esteve presente nos discursos percentualmente 34% diante das demais. Tratando-se da subcategoria 1.C) “Difícil aceitação”, de início esta foi a que menos se fez presente nos discursos com frequência de 9%, onde as variáveis expressas foram ruim e difícil de aceitar.

E por fim, há a subcategoria 1.D) “Outros”, cuja abarca as respostas mais difusas das demais, e que por sinal, abarcou 24% dos discursos dos entrevistados. A mesma tem em si expressões como missão cumprida, fatalidades, respeito, oferta de cuidados, como também foi apresentado percepções de que não existe fim da vida, ou que fim da vida é o cessar de interesses e desejos.

A seguinte tabela, está relacionada a um dos objetivos específicos da pesquisa, o qual pretendia perceber como se constitui a relação dos profissionais de saúde com pacientes que se encontram em terminalidade.





**Artigo**

Tabela 2. Categoria relação dos profissionais com os pacientes que se encontram em situação terminal

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Percentual</b>
Relação dos profissionais com os pacientes que se encontram em situação terminal	Apoio/assistência	Ajuda; calma; empatia; serenidade; respeito; humanizado; como um familiar	52%
	Cuidados paliativos	Oferecer bem estar; favorecer conforto; amenizar o sofrimento; não prolongar o sofrimento; cuidado importante	34%
	Profissionalismo	Não influenciar o emocional; desempenho correto da função; profissionalmente	20%
	Não gosto	Envolvimento	4%
	Relativo	Morte natural é aceitável; Morte trágica é antecipação da dádiva de Deus	4%

No que tange sobre a categoria 2) “Relações dos profissionais com os pacientes que se encontram em situação terminal, na subcategoria 2.A) ”Apoio/assistência”, as



### Artigo

expressões mais recorrentes nos discursos dos participantes foram ajuda, calma, empatia, serenidade, respeito, assim com havia necessidade de ter um relacionamento humanizado, assim como um familiar. Nota-se que esta subcategoria apresenta percentual de 52 %, ou seja, foi a presente nos discursos.

Conforme Bastos et al. (2017), ter pensamentos de resistência ao sofrimento por parte do profissional, acaba facilitando um amadurecimento, tanto espiritual como pessoal, o que pode acarretar em um estímulo a atitudes zelosas. Desta forma, alcança como resultado o cuidado humanizado e sincero ao enfermo, como também diminui a angústia do profissional e eleva o crescimento pessoal.

Abordando a subcategoria 2.B) “Cuidados paliativos”, notou-se o uso das seguintes expressões oferecer bem estar, favorecer conforto, amenizar o sofrimento, não prolongar o sofrimento e cuidado importante. É interessante ressaltar que essas expressões configuram os pontos de vistas dos participantes sobre a forma como os mesmos se relacionam com os pacientes. Em virtude desta, notou-se percentual de 34% nos discursos, sendo a segunda mais mencionada.

Para configurar esta discussão temos, segundo Fernandes et al. (2013), tendo em vista a situação vivenciada pelo paciente, entende-se que é essencial abordar um tipo de prática centrada na assistência fundamentada no bem estar biopsicossocial e espiritual em seu momento final, buscando promover uma melhor qualidade de vida e minimizar o sofrimento e a dor, portanto é de grande relevância considerar os cuidados paliativos, o qual é uma modalidade de assistência, cuja exige um olhar cauteloso como também atento por parte da equipe.

Já na subcategoria 2.C) “Profissionalismo”, houve expressões como não influenciar o emocional, desempenho correto da função e profissionalmente. Onde percebe-se que o estabelecimento atitudes profissionais é comumente abordado por os entrevistados aqui em questão. No que foi percebido acerca desta subcategoria é que a mesma tem percentual de 20%, sendo a terceira mais frequente nos discursos.

Aqui, é observável o fato que muitas vezes é posto em discussão, a tão mencionada frieza profissional, cuja se manifesta por meio de pouco estabelecimento de vínculo da parte do profissional para com o paciente. E aqui, ainda pode-se fazer uma ressalva, sabe-se que o profissional de qualquer área – principalmente saúde por lidar com cuidados voltados ao ser humano – precisa desenvolver em meio a sua prática o uso de empatia para com os demais, para que este desempenhe sua função adequadamente, no entanto, ser empático diferencia de ser simpático, logo empatia é se



### Artigo

colocar no lugar de alguém sem sair de si enquanto simpatia é isso mais o envolvimento emocional, com isso é perceptível que por vezes muitos profissionais são empáticos, porém não são simpáticos.

Tendo em vista a subcategoria 2.D) “Não gosto”, a mesma tem como variável o envolvimento, e por assim dizer refere-se ao fato de que este participante envolve-se emocionalmente com a causa do paciente, o que lhe ocasiona alguma forma de incômodo. É perceptível que diante desta subcategoria houve apenas 4% de frequência. Nesta subcategoria, como pode-se notar, o não gostar se estabelece pelo emocional, em vista de ir de encontro a impotência profissional, causa lhe assim desconforto., logo, o profissional frustra-se em decorrência do que aparentemente foi uma falha.

Enfim, na subcategoria 2.E) “Relativo”, as variáveis expressas foram morte natural é aceitável, morte trágica é antecipação da dádiva de Deus, nesse caso, o entrevistado utilizou estas palavras para descrever que em casos de morte natural é algo mais aceitável, porém nas circunstâncias trágicas, optou-se por dizer que era vontade de Deus. Observando aqui que o percentual desta foi de 4%.

Nesta subcategoria, foi possível perceber que, em circunstâncias onde ocorre a morte natural, a mesma é aceitável, porém quando se trata de uma morte a qual a interrupção se deu por métodos como acidentes, ou homicídio, ou mesmo suicídio, tem-se aqui um olhar voltado a Deus, embora que seja trágico, é imutável.

Esta tabela está voltada para o outro objetivo específico deste estudo, o qual caracteriza-se por buscar compreender como os profissionais reagem diante da vivência com a terminalidade.



**Artigo**

Tabela 3. Categoria reação dos profissionais frente a vivência frequente com a morte

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Percentual</b>
Reação dos profissionais frente a vivência frequente com a morte	Tristeza	Sentimento de perda; comoção; emoção; muita tristeza	38%
	Profissionalidade	Cuidados paliativos; lágrimas não resolvem; frieza; não faltar assistência; indiferença	28%
	Naturalidade	Normalmente; dentro da normalidade	24%
	Impotencialidade	Querer fazer algo além e não poder	14%
	Relatividade	Depende do caso; varia	14%
	Não absorção do problema	Empatia; não agir mecanicamente	4%
	Tranquilidade	Melhor seguir	4%

Tratando-se da categoria 3) “Reação dos profissionais frente a vivência frequente com a morte”, na subcategoria 3.A) “Tristeza”, dentre as variáveis abordadas pelos entrevistados, temos sentimento de perda, comoção, emoção e muita tristeza. Sendo assim, percebe-se que as reações mais vivenciadas foram estas destacadas acima, tendo em vista que esta subcategoria apareceu com maior frequência nos relatos, sendo



### Artigo

esta de 38%. Acerca da subcategoria 3.B) “Profissionalidade”, as variáveis apontadas nas falas dos participantes foram cuidados paliativos, lágrimas não resolvem, frieza, não faltar assistência e indiferença. Assim nota-se que estas são para estes as reações mais comuns, porém sua frequência foi de 28% em relação as demais.

Sobre a subcategoria 3.C) “Naturalidade”, suas variáveis foram normalmente e dentro da normalidade, as quais se configuraram com percentual de 24% em vista das vezes mencionadas pelos entrevistados. A respeito da subcategoria 3.D) “Impotencialidade”, a variável expressa foi querer fazer algo além e não poder, e sua frequência foi de 14%. Já a subcategoria 3.E) “Relatividade”, em semelhança a anterior, também se configura com percentual de 14%, e suas variáveis são depende do caso e varia, ou seja, as reações aqui são de acordo com a ocorrência do caso em si. Na subcategoria 3.F) “Não absorção do problema”, sua variável é expressa da seguinte forma: empatia e não agir mecanicamente, onde nota-se uma frequência de 4% em vista das outras já citadas. Diante da última subcategoria desta 3.G) “Tranquilidade”, a variável que temos é expressa como melhor seguir, onde a frequência foi apenas 4%.

A última tabela elaborada na pesquisa não está centrada em nenhum dos objetivos, porém foi elencada baseando-se nos dados obtidos na entrevista, após verificar que tratava-se de um item relevante, o qual propiciou informações importantes para o estudo.



**Artigo**

Tabela 4. Categoria orientação para os profissionais como forma de preparo para lidar com circunstâncias de morte e morrer

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Percentual</b>
Orientação para os profissionais como forma de preparo para lidar com circunstâncias de morte e morrer	Sim	Grade curricular na graduação; curso profissionalizante; preparo teórico; prática dissonante da teoria	48%
	Outras situações	Debates sobre o tema	4%
	Não	Temos que estar preparados; não existe treinamento; nunca tive; nenhuma orientação; aprende-se na prática	48%

Abordando a categoria 4) “Orientações para os profissionais como forma de preparo para lidar com circunstâncias de morte e morrer”, na subcategoria 4.A) “Sim”, surgiram variáveis como grade curricular na graduação, curso profissionalizante, preparo teórico e prática dissonante da teoria. Tendo estas um percentual de 48% de frequência, nota-se que cerca de metade dos entrevistados afirmaram receber de fato orientações, salientando que foi trago em alguns discursos que mesmo em vista de preparo teórico, a prática é dissonante da teoria, pois ainda que se tenha havido preparo, o mesmo não orienta o suficiente para as situações que a vivência da prática os proporciona.

Se tratando da subcategoria 4.B) “Outras situações”, a mesma apresenta variáveis como debates sobre o tema, na qual surgiu num caso apenas e percentualmente tem somente 4% de frequência, esta ocorreu mediante o fato de que um dos



### Artigo

entrevistados afirmou não ter tido acesso a orientações enquanto encontrava-se na graduação, porém o mesmo discorreu que após o término da mesma e o início da prática da profissão, começou a participar de debates com temáticas a respeito da morte, e assim adquiriu maior conhecimento frente a mesma.

No que tange acerca da subcategoria 4.C) “Não”, as variáveis decorrentes foram temos que estar preparados, não existe treinamento, nunca tive, nenhuma orientação e aprende-se na prática. Seu percentual também foi de 48%, onde nota-se que quase metade afirmou não haver orientação para lidar com estas circunstâncias.

Realizando aqui uma discussão geral mediante as três subcategorias, podemos notar que diante dos que afirmaram ter recebido orientação para lidar com o fato da morte durante a execução da profissão, muitos mencionaram que a prática difere da teoria, e com isso podemos entender que o aparato teórico nem sempre é o suficiente para quem lida com essas situações, como os que disseram que não tiveram acesso a orientação e aprenderam conforme a prática, alguns afirmaram que não há apoio para quem lida com estes momentos. Ressaltando a participação de um entrevistado, cujo não teve acesso a orientação por meio da graduação e buscou em outras ocasiões, no caso em debates.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho, entende-se que os profissionais de saúde percebem a morte como algo natural para todos nós enquanto seres humanos, afinal, enquanto vivemos sabemos apenas que iremos ter um fim em algum momento de nossas vidas, dentre o foi adquirido no estudo, sabe-se que a morte também demanda tristeza e angústia. Também pode-se ter informações sobre a forma como estes se relacionam com os pacientes, onde foi mais expresso pelos participantes, que são desempenhados os cuidados paliativos, como a assistência e o profissionalismo, dentre as demais categorias elencadas acima.

No que se trata a respeito das hipóteses desse estudo, de que a vivência frequente com a morte ocasiona consequências tanto negativas como positivas para os profissionais de saúde, notou-se que houve relevância, logo, como consequência negativa temos questões do desenvolvimento de mecanismos de defesa como frieza, dureza, o que torna os profissionais com prática mais fria frente a profissão, como





### Artigo

também em algumas situações indiferentes. Já no que tange acerca da positiva, a mesma se configura como sendo a aceitação que os mesmos desenvolvem, o que os leva a ter uma elevação de maturidade, como também principalmente resiliência para lidar com as questões que não se pode mudar. Outra consequência positiva é que por diversas vezes tendo contato com a morte, estes se olham com o olhar mais humanizado, como também voltam esse olhar aos pacientes.

Enfim, este trabalho teve a priori o intuito de averiguar acerca das questões da morte no âmbito hospitalar pelo fato de considerar que há necessidade de ampliar a literatura quanto a estes estudos, como também para elucidar informações importantes para todos os públicos, tendo em vista a temática abordada.

### REFERÊNCIAS

ANGERAMI CAMON, Valdemar, Augusto. Psicossomática e suas interfaces – O processo silencioso do adoecimento. (2012) Cengage learnig

BARDIN, Lawrence; Análise de conteúdo (2011) São Paulo, Edições.

BASTOS, Rodrigo, Almeida; LAMB, Fabrício, Alberto; QUINTANA, Alberto, Manuel; BECK, Carmem, Lúcia, Colomé; CARNEVALE, Franco; Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa (2017).

BELANCIERI, Maria, Fátima; KOYAMA, R. E. (2002), Sofrimento e morte sob a ótica dos estagiários de enfermagem da USC-Bauru.

DOMINGUES, Glauca, Regina; ALVES, Karina, Oliveira; CARMO, Paulo, Henrique, Silva; GALVÃO, Simone, Silva; TEIXEIRA, Solmar, Santos; BALDOINO, Eduardo, Ferreira. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares (2013). *Psicol. hosp. Vol.11 no.1 São Paulo.*

FERNANDES, Maria, Andréa; EVANGELISTA, Carla, Braz; PLATEL, Indiara, Carvalho, Santos; AGRA, Glenda; LOPES, Marineide, Souza; RODRIGUES,





**Artigo**

Francileide, Araújo. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal (2013)

FERREIRA, Priscila, Dias; MENDES, Tatiane, Nicolau. Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. (2013) *Rev. SBPH vol.16 no.1 Rio de Janeiro* .

FRANKL, Viktor, Emil. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração.(1998) São Leopoldo, editora Sinodal.

FRANKL, Viktor, Emil. Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial. (2003) Editora Quadrante.

JARAMILLO, Jassir, Maurício. A experiência humana ser morrer. (2006) São Paulo: Planeta.

KÓVACS, Maria, Julia; Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer.(2008) *Paidéia, vol.18 no.41 São Paulo*

KUBLER-ROSS, Elizabeth; Sobre a morte e o morrer. (2008) São Paulo.

MENDES, Juliana, Alcaires; LUSTOSA, Maria, Alice; ANDRADE, Maria, Clara, Mello; Paciente terminal família e equipe de saúde. (2009) Ver. SBPH v. 12 n.1 Rio de Janeiro.

MENEZES, Rachel, Aisegart. Em busca da boa morte. Antropologia dos cuidados paliativos. (2004) Rio de Janeiro.

MENEZES, Ana, Luisa, Teixeira; Extensão: por uma percepção de um conhecimento biocêntrico. (2010)

MORITZ, Rachel, Duarte. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte. (2002) Florianópolis.



**Artigo**

SILVA, Fernando, Moreno. Uma proposta para o estudo da percepção: em torno da semiótica cognitiva. (2015)

SOUZA, Luciana, G. A., BOEMER, Magali, R. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. (2005)

SOUZA, Mariana, Cristina, Santos; SOUSA, Janaina, Meirelles; LAGO, Diane, Maria, Scherer, Kuhn; BORGES, Moema, Silva; RIBEIRO, Laiane, Medeiros; GUILHEM, Dirce, Bellezi. Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. (2017)



**Artigo**

**ANALISE DA QUALIDADE DE VIDA E O USO DA ARTETERAPIA EM  
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

**ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE AND THE USE OF ART THERAPY IN  
INSTITUTIONALIZED ELDERLY**

Graziela Lopes de França<sup>1</sup>  
Denise Pereira Reinaldo<sup>2</sup>  
Olivia Dayse Ferreira Leite<sup>3</sup>  
Pierre Gonçalves de Oliveira Filho<sup>4</sup>

**RESUMO** - Com o crescente número populacional de idosos, a grande preocupação está relacionada às questões sobre a qualidade de vida dos mesmos. E com este aumento populacional a procura por Instituições de Longa Permanência para Idosos tem crescido também. Existem vários fatores para que o processo de institucionalização aconteça. Com isso, os idosos que vão para essas instituições, principalmente contra sua vontade, desenvolvem sentimentos negativos de si e do mundo. Geralmente as Instituições de Longa Permanência para Idosos não dispõem de atividades contínuas para estes idosos, tornando-os muitas vezes ociosos. E a Arteterapia poderia ser utilizada de várias formas. É conhecida tanto como um campo do conhecimento quanto como um conjunto de

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos, Paraíba - PB. E-mail: [psigrazielalopes@gmail.com](mailto:psigrazielalopes@gmail.com).

<sup>2</sup> Psicóloga pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente no Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP). Email: [denise\\_pereira01@hotmail.com](mailto:denise_pereira01@hotmail.com).

<sup>3</sup> Psicóloga pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio grande do Norte (UFRN). Docente nas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Paraíba – PB. E-mail: [oliviadayse@yahoo.com.br](mailto:oliviadayse@yahoo.com.br).

<sup>4</sup> Psicólogo pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) na Universidade de São Paulo (USP), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente nas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Paraíba – PB. E-mail: [pierre\\_subjetividade@yahoo.com.br](mailto:pierre_subjetividade@yahoo.com.br).



### Artigo

técnicas que utilizam outras formas de expressão além da verbal. A utilização da pintura, desenho ou modelagem entre outras linguagens, possibilitaria ao idoso explorar esses sentimentos. Tendo em vista este aumento do número de idosos em Instituições de Longa Permanência o presente estudo tem por objetivo analisar quais benefícios a Arteterapia pode trazer para a qualidade de vida destes idosos. A pesquisa, de caráter exploratório e abordagem mista, foi desenvolvida em uma Instituições de Longa Permanência para Idosos pertencente a uma cidade no interior da Paraíba, cujos instrumentos para a sua realização foram o WHOQOL-OLD, entrevista semiestruturada e realização de algumas oficinas de Arteterapia. Foi possível verificar que as vivências em Arteterapia possibilitaram aos participantes uma recapitulação de suas lembranças, desejos e sonhos mais importantes, muitas vezes esquecidas no inconsciente. Contribuiu para a interação social deles e (re)significação de sentimentos. O psicólogo nesse ambiente pode desenvolver atividades lúdicas que proporcionem a expressão do sujeito, verbal ou não verbal. E ao falar sobre atividades lúdicas, a Arteterapia torna-se uma ferramenta indispensável.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; Idosos; Instituições; Arteterapia.

**ABSTRACT** - With growing numbers of elderly people, the major concern is related to questions about their quality of life. And with this population increase the demand for Long Stay Institutions has grown as well. There are several factors for the process of institutionalization to take place, among them are the fact that family members do not have the time to provide the necessary care that old age demands. As a result, these elderly people who go to ILPI, especially against their will, develop negative feelings about themselves and the world. Generally ILPI does not have activities for these elderly people, making them idle. And Art Therapy, because it is a type of differential mechanism of effective intervention, can enable the individual to explore these feelings, in front of their reality of conviviality in the institution. Considering this increase in the number of elderly people in ILPIs, the present study aims to analyze what benefits ART therapy can bring to the quality of life of these elderly people. The research, exploratory and mixed approach, was developed in an ILPI belonging to a city in the interior of Paraíba, whose instruments for its accomplishment were the WHOQOL-OLD Instrument, semi-structured interview and the Art Therapy workshops. It was possible



### Artigo

to verify that the experiences in Art Therapy enabled participants to recapitulate their most important memories, desires and dreams, often forgotten in the unconscious. It has contributed to their social interaction and (re) signification of feelings. The psychologist in this environment can develop playful activities that provide the subject's expression, verbal or non-verbal. And when talking about play activities, Art Therapy becomes an indispensable tool.

**Keywords:** Quality of life; Seniors; Institutions; Art therapy.

## INTRODUÇÃO

A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida dos idosos vem no sentido de identificar quais os fatores atuais que determinam a diminuição da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida, gerando um crescimento do número de idosos. A população idosa é a que mais cresce atualmente, e esse processo ocorre, principalmente devido à alimentação, atividades físicas, situação econômica, fácil acesso aos programas de saúde, e o aumento da perspectiva de vida (MELO, 2009). Esse rápido progresso do envelhecimento humano acabou por contribuir para mudanças na estrutura familiar, tornando os idosos mais propensos à institucionalização.

Ao envelhecer, os idosos deixam transparecer que necessitam de mais cuidados, e algumas famílias optam pela institucionalização com a justificativa de que não tem tempo ou condições financeiras para suprir suas necessidades. Outro motivo para a institucionalização é que existem idosos abandonados ou por não terem parentes, tornando-se incapazes de cuidar de si mesmo.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são instituições privadas, estaduais ou filantrópicas, de caráter residencial de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Nessas instituições, sejam elas filantrópicas, estaduais ou particulares, nem sempre são oferecidas atividades para o dia a dia destes idosos, quer sejam por problemas financeiros ou pela restrição de espaço físico, ou a falta de uma equipe multidisciplinar especializada. Assim, os idosos passam muito tempo ociosos, podendo acarretar problemas com angústia, baixa estima e algumas outras doenças (Guimarães, Simas e Farias, 2005).



### Artigo

O fato dos idosos nem sempre terem o que fazer nestas instituições coloca em xeque a concepção de uma boa qualidade de vida nesta fase da vida que já é marcada por um estereótipo de ruínas e perdas, considerando-se inútil e descartável para a sociedade. Portanto, é de grande relevância mostrar que estas pessoas podem sim ocupar seu tempo, e que podem fazer coisas que gostaria de fazer, aprender ou até mesmo ensinar para os demais.

A velhice pode ser uma fase de realização e renovação pessoal, de alegria e de novas descobertas, esta não precisa ser um período resumido apenas a doenças. A qualidade de vida não é apenas sinônimo de saúde, mas outros aspectos são fundamentais para a vida de uma pessoa – como felicidade, amor e liberdade – que vão além das condições de sua saúde física, levando o indivíduo para perspectivas de uma vida plena (Pereira, Teixeira e Santos, 2012). Seus caminhos são os mais variados possíveis e, um deles é a criatividade.

E falando em criatividade, para Schambeck (2004), a arte pode ser utilizada como mecanismo inspirador do indivíduo em diferentes etapas da vida, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e da criatividade. Portanto, a Arteterapia pode promover uma grande potencialidade de satisfação e bem-estar, e dessa forma, vem sendo bastante recomendada como tipo de intervenção com os idosos, pois, com ela, existe a possibilidade do indivíduo experienciar, descobrir e entender seus afetos, favorecendo a autoestima da pessoa e reduzir ansiedades.

Esta pesquisa foi realizada para contribuir no sentido de mostrar como a Arteterapia pode ser um tipo de mecanismo diferencial de intervenção eficaz, que possibilita ao indivíduo explorar suas emoções e seus anseios frente a sua realidade de convívio na instituição, podendo ser adotada e desenvolvida como ferramenta terapêutica e atividade lúdica, promovendo uma melhoria na qualidade de vida, um aumento da autoestima e uma valorização do indivíduo. O estudo foi desenvolvido com idosos residentes em uma instituição particular pertencente de uma cidade no interior da Paraíba.

Tendo em vista este aumento do número de idosos residentes em ILPIs, o presente estudo tem por objetivo principal analisar quais benefícios a Arteterapia pode trazer para a qualidade de vida destes idosos, podendo promover uma melhora no dia a dia e a socialização entre eles, fazendo uma descrição das atividades que os idosos desenvolvem na instituição em que vive e identificando os principais indicadores para a qualidade de vida destes, promovendo oficinas de Arteterapia.



## MÉTODO

Participaram da pesquisa os idosos residentes na instituição, sendo estes tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino. A pesquisa foi realizada em uma Instituição de Longa Permanência Particular localizada em uma cidade interiorana do estado da Paraíba. O estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem mista. Este tipo de abordagem é composto pelos métodos quantitativos e qualitativos. Na pesquisa exploratória, seus critérios é buscar uma aproximação da realidade do objeto estudado (Creswell, 2010).

Foram incluídos na presente pesquisa os idosos residentes na instituição que se podiam se comunicar normalmente, que estivessem com sua capacidade cognitiva preservada e que aceitassem participar do estudo. Foram excluídos os idosos que estavam acamados, com a oralidade prejudicada, que tinham limitações motoras e que, por qualquer outro motivo, não quiseram participar da pesquisa.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram: *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-OLD)*, que consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis aspectos, dentre eles estão: funcionamento do sensório, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Cada faceta possui 4 itens, e para todos os aspectos o escore dos valores podem oscilar de 4 a 20 pontos (OMS, 2004). *Entrevista semiestruturada*, é uma entrevista que além de ter um pequeno roteiro estabelecido antes de realizá-lo, o pesquisador tem a liberdade de levantar outras questões, permitindo explorar o problema mais amplamente (Marconi e Lakatos, 1991).

As oficinas foram desenvolvidas por um profissional voluntário especializado em Arteterapia, no qual o pesquisador serviu de observador, anotando tudo o que acontecia durante as oficinas, desde a escolha do material até o que os idosos falavam durante o processo. Para a construção das produções artísticas foram utilizados: *papel A4 Peso 60, tintas guache, pincéis, giz de cera, lápis de cor e argila*, pois são materiais plásticos que facilitam a materialização de internos que o idoso venha a ter para a compreensão de possíveis conflitos e acontecimentos passados e/ou presentes de cada pessoa para a contemplação do que o indivíduo tem a relatar (Andriola e Loiola, 2017).





### Artigo

Inicialmente a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (FIP), e só foi realizada após a aprovação da mesma com o parecer numero (CAAE - 68798117.2.0000.5181). Para o desenvolvimento desta, foi solicitada pela pesquisadora, a assinatura do Termo de Autorização Institucional, para comprovar o consentimento da diretora da instituição. Durante a coleta, foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), juntamente com a apresentação do projeto e seus objetivos.

Foram realizadas observações-participantes, no qual o observador participa ativamente do ambiente estudado, mas sem interferir nele (Kauark, Manhães e Medeiros, 2010). A partir destas observações que contém as primeiras impressões e observações que foram coletadas, é que a pesquisa começou a tomar contato com o cotidiano do ambiente institucional. Essa etapa durou quase dois meses, e foi realizada em diversos dias e horários entre o dia 16 de fevereiro ao dia 5 de março.

Em seguida foi aplicado o questionário WHOQOL-OLD impresso, sendo assegurado o sigilo absoluto quanto aos participantes. Após a aplicação dos questionários, foram desenvolvidas cinco oficinas de Arteterapia com o grupo de idosos, cujas técnicas utilizadas foram pintura com tinta guache e modelagem em argila.

Ao término das oficinas, foram feitas algumas entrevistas semiestruturada. O objetivo das entrevistas foi de complementar as informações coletadas durante todo o processo, pois algumas vezes as oficinas foram interrompidas por visitas na instituição ou pela própria dinâmica institucional. Durante todos os momentos da pesquisa, desde os primeiros dias aos últimos encontros foram registrados em diários de campo, organizados por meio de numerações e datas, para manter uma estruturação.

Esta pesquisa seguiu as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza sobre a ética na pesquisa com seres humanos, considerando que durante todo o processo foi respeitada a dignidade, liberdade e a autonomia dos participantes, podendo eles abandonar a pesquisa no momento que desejaram, mantendo sigilo absoluto quanto a sua identidade, durante e após a finalização do estudo.

Após a coleta dos dados das entrevistas foi realizada uma análise de conteúdo, definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que têm como fator comum uma interpretação de indicadores qualitativos, permitindo a conclusão de conhecimentos relativos à produção de dados (Bardin, 2011). Nas observações, oficinas e entrevista, as falas dos idosos foram transcritas e analisadas de acordo com a técnica de Análise de





### Artigo

Conteúdo de Bardin, juntamente com os temas discutidos na literatura pesquisada, tendo em vista os objetivos deste estudo.

Os participantes foram identificados através de letras, sexo e idade, para manter o anonimato e sigilo exigido pela pesquisa e a Resolução nº 466/2012. Para a análise dos dados dos questionários, foram utilizados o Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) para Windows – versão 22.0, para uma descrição detalhada das pontuações das variáveis e desvio padrão.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### A utilização do questionário WHOQOL-OLD na análise da qualidade de vida dos Idosos Institucionalizados

Inicialmente para analisar o questionário WHOQOL-OLD, de acordo com as respostas dos participantes, participaram da aplicação 12 pessoas, com idades entre 65 a 89 anos, sexo masculino (41,7%) e sexo feminino (58,3%), sendo eles solteiros (58,3%), casados (16,7%) e viúvos (25,0%), como mostram as tabelas 1 e 2 a seguir.

Tabela 1: Indicadores de sexo dos idosos participantes do questionário.

Variável	Média
Masculino	41,7%
Feminino	58,3%
Total	100%

Tabela 2: Indicadores de estado civil dos idosos participantes do questionário.

Variável	Média
Solteiro	58,3%
Casado	16,7%
Viúvo	25,0%
Total	100%

A representação do WHOQOL-OLD para a análise de adultos idosos considera que quanto maior for o resultado final maior a qualidade de vida do sujeito, e quanto



### Artigo

menor for esse índice, pior é a sua qualidade de vida, representado pelo menor valor (0) ao valor possível (100), através de percentagem. É composto por seis facetas, também chamados de domínios, que ao final resulta em um escore geral (OMS, 2004).

Conforme se observa na Tabela 3, o resultado do questionário apresentou que os aspectos (domínios) que tiveram um desempenho maior em relação às outras foram Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF) com média 13,75% e Morte e Morrer (MEM) com média 13,25%, referindo-se as suas satisfações sobre conquistas de suas vidas e coisas a que se anseiam, bem como suas preocupações e aflições sobre a morte. O aspecto Autonomia (AUT) foi o que teve a menor média (8,75%) em relação aos demais aspectos. Este aspecto refere-se à independência na velhice podendo descrever até que ponto o idoso é capaz de viver de forma independente e tomar suas próprias decisões. Em seguinte mostra-se a faceta Intimidade (INT – 9,92%), Funcionamento do Sensorio (FS) e Participação Social (PSO) com média 10,25% e 10,83%, respectivamente.

Tabela 3: Facetas do questionário Whoqol-Old e seus resultados.

Facetas	FS	AUT	PPF	PSO	MEM	INT	OLD
<b>Média</b>	10,25%	8,75%	13,75%	10,83%	13,25%	9,92%	66,75%
<b>Desvio Padrão</b>	4,351	3,049	3,279	3,407	6,151	3,407	14,046

Nos estudos que Barbosa (2013) fez sobre o mesmo tema abordado, conseguiu desenvolver uma classificação simples para nomear o nível de qualidade de vida que cada domínio apresentou mediante as respostas dos participantes. A amplitude das facetas do questionário é de 4 a 20. Esta classificação é feita da seguinte forma, conforme exposto na tabela 4.



**Artigo**

Tabela 4: Valores desenvolvidos para a classificação das facetas do Whoqol-Old.

<b>Escores</b>	<b>Classificação</b>
4 – 6,7	Péssimo
6,8 – 9,4	Ruim
9,5 – 12,2	Regular
12,3 – 14,8	Bom
14,9 – 17,5	Muito Bom
17,6 – 20	Ótimo

Fonte: Desenvolvido por Barbosa (2013).

O fator OLD, que representa o “escore total” ou global do módulo do questionário, apresentou uma média de 66,75% (DP = 14,046) de acordo com as respostas dadas pelos participantes. Portanto, com base nos resultados apresentados pelo questionário e a classificação (Barbosa, 2013), pode-se dizer que a QV é caracterizada como um fator de ordem mais elevada, que abarca aspecto mais abrangente, que podem ficar implícitas sob a estruturação do módulo do WHOQOL-OLD (OMS, 2004). Por isso, quando se fala em QV e se utilizasse um instrumento específico para avaliá-la, deve-se também utilizar algum outro instrumento para a análise de um contexto mais específico (Paschoal, 2006).

Tabela 5: Valores desenvolvidos para a classificação do “escore total” dos domínios.

<b>Escores</b>	<b>Classificação</b>
24 – 40	Péssimo
41 – 56	Ruim
57 – 72	Regular
73 – 88	Bom
89 – 104	Muito Bom
105 – 100	Ótimo

Fonte: Desenvolvido por Barbosa (2013).

Portanto, com base nos resultados apresentados pelo questionário e a classificação (Barbosa, 2013), pode-se dizer que a QV destes idosos é “Regular”. Mas levando em



### Artigo

consideração que a QV é caracterizada como um fator de ordem mais elevada, que abarca aspecto mais abrangente, que podem ficar implícitas sob a estruturação do módulo do WHOQOL-OLD (OMS, 2004).

Esta pesquisa utilizou um método qualitativo, que consegue captar aspectos mais subjetivos do indivíduo, para analisar não apenas o grupo ao qual participou, mas também as emoções do indivíduo e suas particularidades.

#### **Categorização dos dados apresentados pelos Idosos Institucionalizados**

Foram realizadas seis observações para conhecer a dinâmica da instituição e ter os primeiros contatos com os idosos. Após a realização das observações, foram desenvolvidas as oficinas de Arteterapia, aberta para quem desejasse participar. No total, foram cinco oficinas, utilizando materiais diferenciados para uma melhor expressão artísticas deles (lápis de cor, giz de cera, tintas guache com pincéis e argila).

Após a realização das oficinas, os dados foram sistematizados para a realização de uma análise qualitativa permitindo a construção das seguintes categorias: Sentimentos, desejos, sonhos e lembranças dos Idosos Institucionalizados; O papel da família nas relações de cuidado desenvolvidas na Instituição; Arteterapia e Memória: o papel da Arteterapia na luta contra o "esquecimento" dos sujeitos; e, A inserção de Arteterapia nas atividades realizadas dentro da instituição. As falas dos idosos aqui descritos foram ditas por eles durante o desenvolvimento das oficinas e da entrevista. Estas estão expressas em tabelas para uma melhor compreensão dos leitores.

#### **Categoria 1: Sentimentos, desejos, sonhos e lembranças dos Idosos Institucionalizados.**

Tabela 6: Frases ditas pelos idosos caracterizadas na primeira categoria

<b>Participantes</b>	<b>Sentimentos</b>	<b>Desejos</b>	<b>Sonhos</b>	<b>Lembranças</b>
<b>B, sexo feminino, 75 anos.</b>	“O amor faz parte da minha vida. O amor é base de qualquer pessoa. Não	“Eu ainda tenho vontade de casar. Não dá para ter filhos por causa da idade, mas eu queria alguém	“Eu ainda penso que vou encontrar alguém para me fazer companhia.”	“A lembrança mais forte que eu tenho da minha vida foi à renúncia de um namoro que eu



**Artigo**

	existe apenas amor pelo homem e pela mulher. Existe também o amor entre pais e filhos, entre irmãos e irmãs”.	como companheiro para a minha vida.”		tive. Eu pensei que eu ia casar com ele, foi o amor da minha vida (...). Mas meu pai ficou doente, e meu irmão estava separado da mulher, então eu ajudei a cuidar do meu pai e do meu sobrinho.”
<b>K, sexo masculino, 76 anos</b>	<i>Linguagem não verbal: risos</i>	“Posso dizer que sinto falta também de companhia, de alguém para mim.”  “Mas para sair daqui eu teria que arrumar alguém né? Porque não dá para eu morar sozinho de novo.”	“Gostaria de encontrar uma companheira para mim.”  <i>Linguagem não verbal: risos</i>	“Minhas melhores lembranças é quando eu era mais novo. Eu ia nos forró paquerar as meninas, as mulheres bonitas das festas. Foi no forró que eu conheci minha mulher, ela gostava também. Se eu fosse novo ainda eu ia aproveitar muito.”
<b>D, sexo feminino, 73 anos</b>	“Eu te amo”.  “Tenho amor	“Eu acho que ainda vou morar com meu irmão,	“Eu queria sair daqui. Eu não queria morrer	“As pessoas me chamavam assim quando eu era



**Artigo**

	pela minha família.”	porque eu gosto dele e das minhas sobrinhas.”	aqui não. Mas só Deus sabe né?”	mais nova e solteira. Eu saia com minhas amigas”.
	“Parece às partes de mim: eu, meus filhos, meu irmão e minha irmã.”			
<b>G, sexo feminino, 89 anos</b>	“A mulher sente saudades dos pais e dos irmãos.”	“Deseja saúde e tem orgulho da sua vida. A mulher tem vontade de aprender mais as coisas da escola e gostaria de aprender a pintar também”.	“Pensa em sair (da instituição), mas não sabe quando.”	“Era uma vez uma mulher que nasceu na cidade de Patos, na Paraíba. Trabalhou na roça a vida toda. Morava com seus pais e irmãos. Estudou até a quarta série na escola, tinha muitas amigas (...)”.

A tabela 6 expõe aspectos indispensáveis para a vida do sujeito. Seus sentimentos, desejos, sonhos e lembranças constitui o que sujeito é, em suas individualidades e particularidades. Em cada aspecto, os participantes relataram experiências passadas de sua vida, que ajudaram a construir o que cada um é hoje em dia. Essas experiências se transformaram em lembranças ricas e importantes, influenciando nos desejos e sonhos deles. Como alguns desses desejos ainda não foram possíveis de serem realizados em seu passado, tornaram-se sonhos futuros que gostariam muito de ser alcançados, dando para cada um destes, perspectivas de futuro.

Quando B, sexo feminino, 75 anos diz: “Eu ainda tenho vontade de casar (...). Eu queria alguém como companheiro para a minha vida. Eu ainda penso que vou



### Artigo

encontrar alguém para me fazer companhia”. Ou quando K, sexo masculino, 76 anos diz: “Posso dizer que sinto falta de companhia, de alguém para mim. Gostaria de encontrar uma companheira para mim”. Referem-se aos seus desejos internos e planos futuros. Almejam se sentir queridos e amados outra vez, querem alguém para dividir seus anseios, bem como sentem falta de algum contato íntimo de outra pessoa. Suas fortes experiências passadas com alguém que já amaram desperta saudades de um lar próprio.

Para Bosi (2004), estas lembranças são memórias válidas para a construção de identidade do sujeito, principalmente da velhice, trazendo uma grande contribuição na qualidade de vida desses idosos. Pois elas trazem à tona sentimentos únicos, de momentos ao qual não podem mais ser repetido em sua vida, pois são incomparáveis e singulares. Na velhice as lembranças tem um peso maior do que comparada aos outros estágios da vida, pois estas lembranças e/ou memórias, tornaram o que estes idosos são hoje, no seu modo de agir e ver o mundo. Quando estes divagam para estas memórias buscam um momento de lazer ou fuga para a realidade que vivenciam atualmente (Bosi, 2004).

As internas G e D, sexo feminino, 89 e 73 anos, respectivamente, revelam nos trechos de suas histórias (Tabela 7), sentimentos de amor e saudade para com sua família, e assim como os outros já citados acima, também tem o desejo de ter o seu lar.

Durante as oficinas houve manifestações de linguagem verbal – quando contaram suas histórias – e linguagem não verbal também: enquanto relatavam suas histórias e experiências, os idosos riam ao falar e/ou ficavam pensativos ao relembrar deles.

#### **Categoria 2: O papel da família nas relações de cuidado desenvolvidas na Instituição.**

O idoso chega a uma ILPI por diversos fatores. Sejam eles impulsionados por desavenças familiares ou pôr o idoso não ter condições de morar sozinho. Na tabela abaixo estão descritos trechos das respostas que os moradores do abrigo relatam durante a entrevista, levantando alguns pontos sobre o motivo que levaram a procurar o abrigo e a relação atual com seus familiares.





**Artigo**

Tabela 7: Frases ditas pelos idosos caracterizadas na segunda categoria

Participantes	Representações da relação familiar atual
<b>K, sexo feminino, 75 anos</b>	“Eu vim para cá por causa de briga de família né”? “Minhas filhas usaram meus documentos para fazer empréstimos, daí resolvi vim conhecer o abrigo, porque em casa eu me sentia sozinho, eu sou viúvo. Quem vem me visita é meu irmão. Minhas filhas não vêm aqui. E também não vou atrás.”
<b>D, sexo feminino, 73 anos</b>	“Faz tempo que eu moro aqui. Nem me lembro mais quanto tempo. Faz tempo que minha família não vem me visitar. Meu irmão mora aqui perto e não vem aqui. Eu tenho vontade de ir visitar ele lá, mas ninguém me deixa sair daqui. Meus filhos moram em outra cidade, e falo com eles por telefone quando eles ligam.”
<b>B, sexo feminino, 75 anos</b>	“Eu não tinha condições de morar sozinha, porque eu caía e não tinha ninguém para me ajudar, eu e minha irmã achamos melhor vir para cá. Minhas irmãs vêm às vezes me visitar porque moram longe, mas sempre me ligam. Meu irmão que mora aqui na cidade vem me visitar de vez em quando, mas agora ele está doente também, mas me liga sempre.”

De acordo com o Estatuto do Idoso, Cap. IX, Art. 37 “o idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada”. Porém, como se refere o Parágrafo 1.º do Estatuto, “a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.” (Ministério da Saúde, 2013). O que não se enquadra nos casos relatados acima.

Quando Araújo, Coutinho e Santos (2006), relatam sobre a dificuldade da transferência dos idosos da própria casa para uma instituição, estes apontam exatamente as mudanças de hábitos e rotinas, ambientes e relações sociais, tendo, os idosos que se adaptar a uma nova dinâmica e estilo de vida. Ao exemplo destas mudanças está, a limitação de sua liberdade no direito de ir e vir e a administração de suas próprias finanças, pois passam a ser responsabilidade de outras pessoas, até então desconhecidas.





### Artigo

De uma forma geral a institucionalização leva à diminuição na autonomia, perda de identidade, bem como à fragilização de vínculos com familiares e amigos, acarretando modificações na condição de saúde e qualidade de vida destes idosos, pois podem se sentir esquecidos ou inúteis (Loureiro & Silva, 2015).

Portanto, seria de grande valia o preenchimento dos horários vagos que estes idosos tenham com algum tipo atividade que possa proporcionar interação social entre eles e com a equipe responsável pelos cuidados básicos diários. Abaixo estão trechos das respostas dadas pelos idosos durante a entrevista relatando seu dia a dia na instituição em que vive.

Tabela 8: Atividades realizadas no dia a dia dos idosos

Participantes	Atividades diárias
<b>K, sexo feminino, 75 anos</b>	“Aqui eu não faço nada durante o dia. A não ser assistir televisão. Eu ainda leio minhas orações todos os dias, mas e quem não faz nem isso?”
<b>D, sexo feminino, 73 anos</b>	“Eu converso com essas meninas que trabalha aqui né? Tem a televisão aqui na área, tem esses passarinhos, a pombinha. Às vezes eu leio um pouco aquela minha bíblia.”
<b>B, sexo feminino, 75 anos</b>	“Eu tenho meu rádio aqui e dá para passar o dia escutando música. Quando eu escuto o forró eu lembro do tempo que era novo. Mas fora meu rádio e os dias eu saio para dar uma volta, não tem nada para fazer”.

Na tabela 8 estão descritas algumas características de como é a rotina desses idosos, que quando comparadas as observações realizadas corroboram com o foi dito acima. Durante as observações realizadas nos meses de fevereiro e março, os idosos estavam sempre sentados em suas cadeiras ao lado da porta de seus quartos ou estavam assistindo televisão em seus quartos. As TVs são fornecidas por seus familiares, além do valor pago mensalmente para a permanência deles na instituição.

O fato de eles não terem atividades recreativas e/ou qualquer tipo de exercícios e estimulação, a não ser a televisão e ficar sentado, fazem com que se tornem ociosos. Na ausência de atividades físicas ou cognitivas, o idoso passa a ter uma diminuição no seu rendimento causando sentimentos de desvalorização, desmotivação e solidão. Com



**Artigo**

essas práticas é possível de atividades recreativas e exercícios físicos são possíveis melhorar a convivência, a autoestima e conseqüentemente a qualidade de vida (Nogueira e Martins, 2017).

**Categoria 3: Arteterapia e memória: o papel da Arteterapia na luta contra o “esquecimento” do sujeito.**

Na tabela abaixo, estão descritos trechos do que os idosos produziram e falaram durante as oficinas de Arteterapia. Para o desenvolvimento delas, os idosos eram convidados a participar das oficinas e a sentar-se à mesa, onde o material já estava exposto. Era solicitado que eles desenhassem o que viessem a sua cabeça naquele momento e depois desse um nome (título) para aquela produção. Quando todos terminavam suas produções e as nomeavam, era pedido para contar histórias fictícias daquelas figuras.

No decorrer das histórias contadas percebeu-se que estas histórias eram na verdade lembranças individuais muito significantes no passado de cada um como podem identificar na tabela a seguir:

Tabela 9: Frases ditas pelos idosos caracterizadas na terceira categoria

Participantes	Desenhos	Lembranças
<b>K, sexo masculino, 76 anos</b>	O título vai ser: Sapo <i>(Oficina 2)</i>	“Eu lembro que quando eu era solteiro, na minha casa tinha muito sapinho. Eu pegava esses sapinhos com a mão e corria atrás das minhas irmãs para jogar nelas, porque eu sabia que elas tinham medo. Do mesmo jeito eu fazia quando era casado.”
	O tema vai ser: Lua <i>(Oficina 4)</i>	“A lua me lembra da noite, e a noite é quando eu fico pensando na minha vida. Fico pensando nas coisas eu que já fiz quando era mais novo. Eu caçava durante a noite. Eu saía a noite quando era solteiro para paquerar com as meninas. A noite serve para isso também, para namorar, para amar. E eu sinto falta sabia? Desse tempo.”



**Artigo**

		<i>Linguagem não verbal: risos</i>
<b>L, sexo masculino, 68 anos</b>	“O nome do desenho é: Puxinanã.” <i>(Oficina 3)</i>	“É o nome da cidade em que eu nasci. Puxinanã. Só lembro do tempo em que eu era novo, eu aprontava muito viu? Não vou falar sobre o que aprontava. Mas eu queria voltar lá para saber como está.”
	“Eu vou colocar o nome dela de Guarujá”	“Eu morei em São Paulo um tempo. Trabalhava por lá, fazia muitos bicos. Eu sempre viajava do Guarujá para Santos. E é bem bonito com praia e tudo. Guarujá.”
	“Essa outra vai ser Santos”. <i>(Oficina 4)</i>	“Porque eu viajava muito do Guarujá para Santos.” <i>Linguagem não verbal: ficou pensativo, expressou risos e sorrisos.</i>
<b>D, sexo feminino, 73 anos</b>	“O nome do desenho vai ser: Pombinha” <i>(Oficina 3)</i>	“A pombinha é bonita, branca. Aqui tem uma pombinha. Ela estava machucada porque caiu em cima de um ventilador e machucou a asa. Eu a enfermeira aqui, cuidamos dela.”
	“O nome vai ser: As partes” <i>(Oficina 3)</i>	“Parece às partes de mim: eu, meus filhos, meu irmão e minha irmã.”
	“O nome: Casa” <i>(Oficina 2)</i>	“Parece com a casa do meu irmão, bem bonita sabe. Eu acho que ainda vou morar com ele.”
	“O nome desse aqui vai ser: Lucas e fantasia” <i>(Oficina 2)</i>	“Olhando aqui eu vejo um varal de roupas, com roupas estendidas e três tapetes coloridos. Esse negócio lilás é uma porta. Isso tudo é na casa o meu irmão. Eu gosto de lavar roupas. Fica cheirosinho e os tapetes deixa a casa bonita e arrumada. Se eu for para lá, vou lavar tudo.”



### Artigo

Aqui as manifestações de linguagem não verbal foram muito recorrentes também, além dos significados que os símbolos desenhados traziam, eles riam, sorriam e, em alguns momentos, ficavam pensativos ao retomar das lembranças que seus desenhos significavam para si. Os desenhos foram realizados dentro das mandalas, e como Fincher (1991) já disse, quando se produz uma mandala, criamos o nosso próprio espaço sagrado, um lugar de proteção, um foco para concentração de nossas energias, expressando nossos conflitos interiores na forma simbólica, projetamo-nos para fora de nós mesmos.

Jung (1977) explicou que há propensão no homem para criar símbolos. Eles transformam inconscientemente objetos ou formas em símbolos e lhes dá algum tipo de expressão. Estes símbolos são conteúdos psíquicos, na qual rege a natureza do homem dando sentido às coisas, são expressões do inconsciente na tentativa de se restabelecer o equilíbrio psíquico.

Na tabela 9, os participantes apresentaram, durante as oficinas, alguns símbolos explicados por Jung, tanto no seu aspecto estético do desenho e nome que lhe foi dado, quanto na escolha de cores para realizar as suas produções.

No que diz respeito às formas, K, sexo masculino, 76 anos, desenhou um sapo em sua mandala. Como se pode verificar na tabela acima, K relata com carinho sobre lembranças de sua vida quando era mais jovem e que brincava com suas irmãs tentando amedrontá-las com o animal. Segundo o dicionário de símbolos Chevalier, Gheerbrant, (1995) “o medo desse animal crepuscular faz dele comumente, entre nós, um símbolo da fealdade e de falta de jeito. Mas basta superar essa aparência para descobrir que o sapo traz consigo todos os significados nascidos da grande cadeia simbólica água-noite-lua-yin” (p.803).

Já Oficina 4, o participante desenhou a lua e falou também sobre suas lembranças e a saudade de ter alguém para si. A lua que pode simbolizar os ritmos biológicos de uma pessoa é um elemento que pode representar dependência, transformação ou crescimento. K traz em seus desenhos símbolos que ele associa com suas lembranças de quando era mais novo. Ele desenha, e ao desenhar dar sempre o um título, e a partir de cada título conta uma história divertida, que na verdade são lembranças vivas de seu passado. Ele deseja muito reviver algumas situações, e também espera realizar novos desejos.



### Artigo

D, sexo feminino, 73 anos, na Oficina 2, produziu dois desenhos, no qual um complementa o outro. Na primeira produção, desenhou uma casa e na segunda produção, desenhou as tarefas que gostaria de realizar nesta casa e intitulou a mandala com o título 'Lucas e fantasia'. A casa constitui um autorretrato, expressando fantasias, o ego, a realidade, acessibilidade, percepção da situação no lar-residência, presente desejada ou para o futuro (Campos, 2014). A representação da casa estimula uma mistura de associações conscientes e inconscientes referentes ao lar e a relação interpessoal íntima. O desenho da casa para o adulto é representado pelo ajustamento a situações domésticas em geral (H.T.P., 2009).

Ainda com a idosa D, na Oficina 3, também desenhou duas mandalas. Na primeira desenhou e deu o título de 'Pombinha'. A pomba é símbolo de pureza e paz, e para algumas culturas são sagradas. Desenhos de pássaros solitários são considerados mensageiros divinos e importantes símbolos de forças em processo de ativação (Fincher, 1995).

Na segunda mandala, D deu o título 'As partes', que segundo ela são as partes dela: ela própria, os filhos, o irmão e a irmã, ou seja, as suas partes, que são divididos em quatro partes, é a sua família. Segundo Fincher (1995), o quatro sugere equilíbrio, totalidade e completude, ele define limites e organiza espaços. O ano é dividido em quatro estações, nos orientamos em relação a quatro direções. É utilizado quando relacionados com a realidade que transcende o saber humano. Nas mandalas, este número surge quando nos sentimos fortes, heroicos e cheios de energia.

Nas produções artísticas de L, sexo masculino, 68 anos, as cores foram o que mais predominaram em seus desenhos. Na Oficina 3, com a mandala intitulada 'Puxinanã' as escolhas das cores foram preto e verde. A cor verde é a cor mais presente em seu desenho, o que simboliza no campo psicológico cor da esperança, vida nova, energia, crescimento e juventude. É a cor da natureza, do crescimento no plano psíquico (Urrutigaray, 2003)

Na Oficina 4, L produziu duas mandalas. Uma com a cor predominantemente azul, intitulada 'Guarujá', e na outra mandala intitulada 'Santos', a cor que predomina é preto. Para Urrutigaray (2003), o azul simboliza precaução, é a cor da inteligência, intelectualidade, raciocínio, nobreza, espiritualidade, sabedoria e verdade. Já a cor preta representa o oculto, o pecado e o triste. É a cor da morte, do luto. Ela está relacionada com os conteúdos psíquicos, pessoais e culturais, que podem ser lembrados e revividos ou simplesmente esquecidos. Tem uma linguagem própria que fala diretamente com as



### Artigo

nossas emoções, podendo alternar estados afetivos e nos influenciar em decisões, gostos, esperanças e desejos.

Nas oficinas de Arteterapia, a função do arteterapeuta durante as produções artísticas é justamente acompanhar todo o processo e ajudar a superar qualquer bloqueio que os idosos venham a ter durante as oficinas. Observar qualquer sinal de que aquele indivíduo está à vontade ou não durante suas produções e intervir quando for necessário. A atenção do terapeuta deve-se estar voltada para cada movimento que a pessoa realizar, desde a escolha do material, o manuseio deste material até ao que o paciente esteja expressando, verbalmente ou não (Pain e Jarreau, 1996).

Segundo Urrutigaray (2003), nas oficinas de Arteterapia, o terapeuta deve saber utilizar as técnicas de maneira adequada, que se tenha domínio elas, pois as técnicas escolhidas devem-se ser direcionadas as demandas e necessidades que do indivíduo apresenta no setting, e o terapeuta tem que estar atento a este fato, pois o material artístico para as produções que serve para uma determinada pessoa ou grupo, talvez não vá funcionar com outras pessoas ou grupo.

#### **Categoria 4: A inserção de Arteterapia nas atividades realizadas dentro da instituição.**

Durante o desenvolvimento das oficinas foi possível notar resistência dos internos em participar. A maioria não se interessou em vivenciar ou aprender novidades. Muito embora alguns demonstraram curiosidade em relação as oficinas, estes apenas observaram de longe. Até mesmo aqueles que mais participaram, a frase mais recorrente que se ouvia era que não iriam conseguir fazer nada ou que não sabiam fazer nada. Estes acontecimentos estão descritos nos diários de campo.

Na tabela abaixo podemos verificar algumas impressões que os idosos tiveram das oficinas de Arteterapia desenvolvidas na instituição.

Tabela 10: Frases ditas pelos idosos caracterizadas na quarta categoria

<b>Participantes</b>	<b>Descrição</b>
<b>B, sexo feminino, 75 anos</b>	“Eu gostei de pintar. Embora não tivesse prática para fazer desenho mais elaborados, eu gostei muito. Porque eu ri, criei, contei histórias, falei sobre mim. É bom conversar, eu adoro ter alguém para bater papo.”





**Artigo**

	<p>“Estou sem palavras para descrever mais do que isso. Eu gostei, achei bonito. Esse desenho sou eu. É vermelho, eu gosto de vermelho, é a minha cor favorita.”</p>
<p><b>D, sexo feminino, 73 anos</b></p>	<p>“Eu gostei daqueles desenhos. De pintar. Teve um desenho que ficou tão bonitinho num foi? Eu gostei.”</p> <p>“Olhando aqui eu vejo um varal de roupas, com roupas estendidas e três tapetes coloridos. Esse negócio lilás é uma porta. Isso tudo é na casa o meu irmão. Eu gosto de lavar roupas. Fica cheirosinho e os tapetes deixa a casa bonita e arrumada.”</p> <p>“A pombinha voa e voa, mas volta pra cá. Eu sinto umas sensações muito boas. São umas palpitações, sei lá. A pombinha voa e voa, mas volta pra cá. Eu gosto de animais.”</p> <p>“Eu quero fazer. Isso aqui é um vaso com uma flor, isso aqui é três painelas e uma mulher.”</p>
<p><b>K, sexo masculino, 76 anos</b></p>	<p>“As pinturas foram interessantes né? Eu nunca tinha feito isso. Pintar igual à criança na escola. É bom, eu desenei muita coisa e falei da minha vida.”</p> <p>“É interessante mexer na argila. Isso vai ser uma panela. Eu não tenho habilidades para mexer com argila. Vou deixar do jeito que está.”</p>
<p><b>L, sexo masculino, 68 anos</b></p>	<p>“Eu gostei de desenhar”</p>
<p><b>J, sexo feminino, 65 anos</b></p>	<p>“O nome do desenho vai ser: Minha pintura. Porque foi eu que fiz.”</p> <p>Eu gostei de pintar Esse aqui é verde e azul. Parece água né?”</p> <p>“Eu gostei muito dessa cor, é bonita”.</p>





### Artigo

O sentimento de inutilidade está presente em muitos momentos no cotidiano destes idosos na instituição. É como se não houvesse nada para fazer a não ser esperar a morte. Como já foi apontado pelo questionário, o domínio AUT foi o que teve a pior média. E de fato, os idosos não tem autonomia para tomar suas próprias decisões ou o direito de ir e vir, como consta no Estatuto do Idoso, sendo este um dos direitos fundamentais (MS, 2013). Esta “falta de liberdade” promovem sentimentos negativos de si, contribuindo para que a sensação de improdutividade seja presente.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa, que teve como objetivo analisar quais benefícios a Arteterapia pode trazer para a qualidade de vida destes idosos, acarretando uma promoção válida para uma melhoria do cotidiano dos idosos na ILPI e contribuindo para a socialização entre eles. Fez-se uma descrição das atividades que os idosos desenvolvem na instituição que se vive, e identificou alguns indicadores importantes das características do sujeito que influenciam na qualidade de vida de cada um. E tudo isso foi percebido através das oficinas de Arteterapia.

Os resultados encontrados corroboraram com o objetivo proposto pelo estudo e quando comparados com a literatura. Percebeu-se que a qualidade de vida (QV) possui variados conceitos, tornando-se um fator complexo para ser analisado, pois se refere a tudo o que o indivíduo é em sua totalidade podendo ser representada por perspectiva de futuro, saúde, relações sociais, lazer, felicidade, amor e condições de existência, ou seja, engloba o indivíduo em todos seus aspectos biopsicossociais (Gordia, Quadros, Vilela, Oliveira e Campos, 2011). Portanto não tem como avaliar totalmente uma pessoa/grupo e sua qualidade de vida apenas com instrumentos quantitativos, deve-se também considerar os aspectos individuais de cada um, que foi muito explorado através das observações, entrevistas e as oficinas de Arteterapia.

A contribuição científica que esta pesquisa trouxe foi de demonstrar a realidade do idoso que vive em ILPI, quais fatores o levam a esta realidade e quais os impactos que esse processo tem em suas vidas. Outra contribuição a ser destacada é como a Arteterapia poderia ser uma atividade terapêutica válida a ser desenvolvida dentro dessas instituições. Em relação às limitações encontradas, referem-se às condições ambientais em que a instituição funcionava e ao fato de que a maioria dos idosos



### Artigo

convidados demonstraram resistência para participar de qualquer atividade que foi desenvolvida durante todo processo de pesquisa. Tendo em vista tudo o que foi citado anteriormente, a presença de profissionais de psicologia nessas instituições são relevantes porque são profissionais capazes de detectar qualquer mudança cognitiva, emocional e afetiva que os idosos venham apresentar, sempre visam o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa/grupo. Averigua também se há mudanças motivacionais e de valores que eles possam tender a perder, desencadeado pelo processo de envelhecimento (Neri, 2005).

Tão importante quanto à presença dos psicólogos nestas instituições, estes idosos também poderiam ser acompanhados por equipes multiprofissionais, como as equipes do NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família). Além disso este estudo apontou a necessidade de outros estudos e pesquisas, eles podem realizar intervenções voltadas para o aconselhamento de familiares e funcionários, acolhimento individual e grupal, desenvolver atividades lúdicas que proporcionem a interação do grupo promovendo socialização, entre outras funções (Pereira e Pinto, 2008). Ao falar sobre atividades lúdicas, a Arteterapia se mostrou como uma ferramenta importante, pois tem a função de ser um meio de expressão do sujeito com tem benefícios terapêuticos.

### REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. Q. Terapias expressivas. São Paulo: Editora Vetor (2000).

ANDRIOLA, C. J. S.; LOIOLA, R. S. A Arteterapia como Instrumento do Psicólogo na Clínica. Id Online Revista Multidisciplinar e de Psicologia. v. 11. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acessado em: 16 de abril (2017).

ARAÚJO, L.; COUTINHO, M.; SANTOS, M. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo nas perspectivas das representações sociais. Psicologia & Sociedade, v. 2 (2006).

BARBOSA, A. L. R. Avaliação da qualidade de vida em pessoas idosas. Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB). Itajubá. Trabalho de pesquisa: programa bolsa de estudos (2013).



**Artigo**

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: 70ª Edição (2011).

BEE, H. O ciclo vital. Porto Alegre: Artmed (1997).

BOSI, E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. São Paulo: Companhia das Letras. 3 ed. (2004).

CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. Dicionário de símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números. 9. ed. – Rio de Janeiro, José Olympio (1995).

FERREIRA, V. R. T.; MOUSQUER, D. N. *Observação em Psicologia Clínica*. Revista de Psicologia da UnC. vol. 2. Disponível em: [www.nead.uncnet.br/revista/psicologia](http://www.nead.uncnet.br/revista/psicologia) (2004).

FINCHER, S. F. O autoconhecimento através das mandalas. Editora Pensamento(1995).

GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; VILELA, Jr. G. B.; OLIVEIRA, M. T. C.; CAMPOS, W. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade Vida*. Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná. v.3, n. 1 (2011).

GUIMARÃES, A. A.; SIMAS, J. N.; FARIAS, S. F. O ambiente asilar e a qualidade de vida do idoso. *A terceira idade*. v. 16, n. 33 (2005).

JUNG, C. G. O Homem e seus Símbolos. 18ª. Impressão. Tradução de Maria Lúcia Pinto. Rio de Janeiro: Nova Fronteira (1977).

LOUREIRO, R. S.; SILVA, H. P. Possíveis impactos na saúde de idosos institucionalizados pelo seu afastamento do convívio familiar. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo- SP (2015).



**Artigo**

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. Atlas: São Paulo. 3 ed. (1991).

MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.; SOUZA, G. A.; PACHECO, W. N. S. Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. Revista Científica Texto & Contexto de Enfermagem. v.16, n. 02 (2007).

MELO, I. A. F. Perfil das Instituições de Longa Permanência para idosos no estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. Serv. Saúde. Brasília. (2009).

MINAYO, M. C. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva. (2000).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto do Idoso. 3ª edição. Brasília-DF. (2013).  
NERI, A. L. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociais. Papyrus Editora. Campinas. (2001).

NOGUEIRA, W. B. S.; MARTINS, C. D. O lazer na terceira idade e sua contribuição para uma melhor qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados. Revista Brasileira Ciências da Vida. Artigos Inéditos. v. 5. (2017).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual WHOQOL-OLD. (2004).

PAIN, S.; JARREAU, G. Teoria e técnica de arteterapia: a compreensão do sujeito. Porto Alegre: Artes Médicas. trad. Rosana Severino Di Leone. (1996).

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In Freitas, E. V.; et al (2006). Tratando de geriatria e gerontologia. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2ª edição. (2006).

PEREIRA, A. P. S.; PINTO, M. E. B. Bem-estar subjetivo em Idosos Institucionalizados. III Encontro de bolsistas do programa de apoio a ações afirmativas para a inclusão social. Londrina. (2008).



**Artigo**

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Revista Brasileira Educ. Física e Esporte. São Paulo, v. 26. (2012).

REIS, A. C. Arteterapia: a Arte como Instrumento no Trabalho do Psicólogo. Psicologia: Ciência e Profissão. (2014).

RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S.; MOREIRA, A. N.; FERREIRA, E. F. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília-DF, v. 62, n. 6. (2009).

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. Metodologia de pesquisa. 5ª Edição. São Paulo, SP. (2013).

SHAMBECK, L. D. Arteterapia na terceira idade: busca da felicidade, prazer integração e promoção de saúde. UNESC. (2004).

SILVEIRA, N. O mundo das imagens. São Paulo: Ática. (2001).

TURATO, E. R. Métodos quantitativos e qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista Saúde Pública. (2005).

URRUTIGARAY, M. C. Arteterapia: a transformação pessoal pelas imagens. Rio de Janeiro: Wak Editora. (2003).

VALLADARES, A. C. A. Arteterapia com crianças hospitalizadas. Ribeirão Preto. (Dissertação de Mestrado: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto – USP). (2003).



**Artigo**

**AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: COMPREENDENDO SUAS  
CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS**

**SELF-MUTILATION IN ADOLESCENCE: UNDERSTANDING ITS CAUSES  
AND CONSEQUENCES**

Amanda Albino dos Santos<sup>1</sup>  
Daniela Ribeiro Barros<sup>2</sup>  
Brunno Marcondes de Lima<sup>3</sup>  
Tamiris da Costa Brasileiro<sup>4</sup>

**RESUMO** - A automutilação tem sido alvo de um crescente número de estudos interessados em compreender o impacto deste tipo de comportamento na vida da pessoa que se automutila, bem como entender os fatores internos e externos que podem explicar esta prática. Contudo, ainda não é possível encontrar um consenso entre os autores no que diz respeito às causas da automutilação. Em virtude da constatação do alto índice de automutilação no período da adolescência, o presente estudo tem como objetivo compreender este fenômeno durante esse período do ciclo vital, buscando conhecer os fatores correlatos ao ato. A pesquisa descreve-se como sendo um estudo de caso descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativa, realizada em três escolas do município de Patos-PB, sendo duas escolas públicas e uma privada. Para tanto, mediante o processo de amostragem não-probabilístico por conveniência, o estudo conta com um total de 10 participantes, que responderam a uma entrevista semiestruturada e questões sócio-demográficas. Em síntese, este estudo pode identificar

---

<sup>1</sup>Discente do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: amandaalbino@live.com

<sup>2</sup>Mestre em Psicologia (UFPB). Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: daniela\_ribeiro\_barros@hotmail.com

<sup>3</sup>Mestre em Filosofia (UFPB). Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: brunno.marcondes@hotmail.com

<sup>4</sup>Mestre em Psicologia (UFPB). Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: tamirisbrasileiro@gmail.com



### Artigo

a prevalência do gênero feminino relativa a comportamentos de automutilação, como também, o manuseio de instrumentos cortantes sobre o corpo como sendo o tipo predominantedeautomutilação. Além disso, pode identificar também alguns fatores que impulsionam o ato de mutilar-se e suas consequências físicas, psicológicas e comportamentais mediante a automutilação. Deste modo, torna-se necessário avaliar a forma de estudar o fenômeno para se chegar a discussões mais ampliadas, a exemplo da adoção de ações preventivas e possíveis intervenções, para assim, longitudinalmente, verificar a redução de casos de adolescentes que se automutilam.

**Palavras-chave:** Automutilação. Adolescência. Fatores Associados.

**ABSTRACT** - Self-mutilation has been the target of a growing number of studies interested in understanding the impact of this type of behavior on the self-mutilating person's life, as well as understanding the internal and external factors that may explain this practice. However, it is not yet possible to find a consensus among authors regarding the causes of self-mutilation. Due to the high index of self-mutilation during adolescence, this study aims to understand this phenomenon during this period of the life cycle, seeking to know the factors related to the act. The research is described as being a descriptive-exploratory case study with a quantitative-qualitative approach, carried out in three schools in the municipality of Patos-PB, two public schools and one private school. To do so, through the non-probabilistic sampling process for convenience, the study counts on a total of 10 participants, who answered a semi-structured interview and socio-demographic questions. In summary, this study can identify the prevalence of female gender related to self-mutilation behaviors, as well as the use of sharp instruments on the body as the predominant type of self-mutilation. In addition, it can also identify some factors that drive the act of mutilating itself and its physical, psychological and behavioral consequences through self-mutilation. Thus, it is necessary to evaluate the way of studying the phenomenon in order to reach a wider discussion, such as the adoption of preventive actions and possible interventions, in order to longitudinally verify the reduction of cases of self-mutilating adolescents.

**Keywords:** Self-mutilation. Adolescence. Associated Factors.





**Artigo**

**INTRODUÇÃO**

Dentre as mais variadas culturas, sejam elas primitivas ou contemporâneas, o corpo tem servido como instrumento de comunicação. Além dos adereços usados com objetivo de comunicar identidade, status, crença ou valor, também se pode verificar ao longo da história as marcas corporais decorrentes de lesões autoinflingidas (ARAÚJO; CHATELARD; CARVALHO; VIANA, 2016).

Messer e Fremouw (2008, citado em CASTILHO; GOUVEIA; BENTO, 2010) advertem que nas últimas décadas a conduta de automutilação, particularmente em adolescentes, tem sido foco de crescente atenção por parte da comunidade científica. Apesar da maior atenção e do maior número de pesquisas dadas a este comportamento, existe uma série de incógnitas, quer na nomenclatura, na significação, ou na terapêutica a ser utilizada. Há um número restrito de estudos empíricos relacionados aos modelos explicativos dos mecanismos subjacentes, bem como, dos fatores variantes que podem predispor a comportamentos autolesivos.

Segundo Tunner (2002), o primeiro artigo sobre automutilação publicado na literatura médica foi no ano de 1846, sobre um relato de caso de uma viúva maníaco-depressiva que aos 48 anos extraiu seus próprios olhos. Segundo a própria, cometera a enucleação porque sentia como se seus olhos a levassem a desejar homens, e conseqüentemente, a pecar (TUNNER, 2002 citado em ARAÚJO et al., 2016). Contudo, uma primeira análise desses comportamentos encontra subsídios na abordagem freudiana da pulsão, quando em 1914, Freud lança seu artigo “Sobre a introdução do conceito de narcisismo”. De acordo com Drieu, Lelouey e Zanello (2011), Freud ao introduzir o narcisismo e o “além do princípio de prazer”, reviu seu ponto de vista acerca do trauma. De modo geral, concluiu que as mudanças vivenciadas na puberdade são sentidas como traumáticas, resultando na precariedade do equilíbrio de passividade/atividade, fazendo com que os mecanismos de projeção corram o risco de serem as únicas alternativas para tentar preservar uma aparência de domínio.

Entretanto, o mérito do primeiro avanço relevante no entendimento moderno da automutilação deve-se à Karl Menninger, que, em 1934, escreveu sobre a automutilação a partir de uma visão teórica psicanalítica, acreditando que esta continha três elementos essenciais: agressão voltada para o interior, sentida em relação a um objeto exterior de amor-ódio; estimulação, com uma intenção sexual ou puramente física; e uma função



### Artigo

autopunitiva que permite que a pessoa pague por um “pecado” de natureza agressiva ou sexual (STRONG, 1998 citado em ARAÚJO et al., 2016).

Já nos anos 60, os estudos psiquiátricos relativos á automutilação focaram mais para os cortes em punhos, surgindo então a expressão “síndrome do cortador de punhos” que considerava também as tentativas de suicídio incluídas no comportamento autolesivo. Contudo, a definição desta síndrome foi abandonada, mas a distinção entre automutilação e suicídio ainda necessitava ser esclarecida (GIUSTI, 2013).

Deste modo, até meados da década de 1980, a automutilação era considerada uma prática marginalizada e associada a atos simbólicos relacionados ao suicídio (LE BRETON, 2003 citado em JATOBÁ, 2010). Posteriormente, Favazza (2007) desenvolveu um sistema de classificação, o que possibilitou aos profissionais da área da saúde mental perceber que a automutilação envolvia um conjunto de comportamentos que necessitava de mais pesquisas. Em suma, a automutilação passou a ser definida por este autor como todo ato que envolve a intenção de uma pessoa modificar ou destruir, por vontade própria, uma parte do tecido do corpo, sem ter a finalidade de cometer o suicídio através deste ato.

Enquanto que anos atrás o investimento corporal estava ligado a ritos ou à inclusão em um meio social e cultural, na pós-modernidade esse investimento passou a ter outros significados, visto que, este período é um espaço mutante, pois tudo se torna flexível, até mesmo os valores. Deste modo, a psicanálise aponta que, na relação entre o sujeito e a imagem de seu corpo, há uma compulsão na busca do prazer, no investimento no/do corpo, do desejo de expô-lo para conseguir o olhar do outro, por isso, o gozo contemporâneo é a apelação para esse olhar (ASSUMPCÃO, 2016).

Ainda nos remetendo as contribuições de Assumpção (2016), a autora aponta ainda para o fato de que, cortar-se para aliviar o sofrimento não é um acontecimento novo, entretanto, mediante a alta incidência de jovens apresentando comportamentos autodestrutivos na sociedade contemporânea, pesquisas pertencentes às áreas de Psicologia, de Psicanálise, da Antropologia e da Medicina começaram a surgir. Por este motivo, é essencial observar e fazer um gesto de interpretação do discurso de jovens que almejam solucionar seu sofrimento usando seus corpos como uma forma subjetiva de se vingar do mundo ou deles mesmos por não conseguirem ser perfeitos, por não conseguirem ser notados.

Concomitantemente, Cedaro e Nascimento (2013) definem automutilação como o ato de se machucar intencionalmente, de forma superficial, moderada ou profunda,



### Artigo

sem que haja intenção suicida consciente. Caracteriza-se por serem atos lesivos contra o próprio corpo, como cortes, perfurações, mordidas, beliscões e espancamentos, feitos a mão ou com o uso de objetos, alegando-se a intenção de aliviar tensões ou outros sentimentos egodistônicos.

Ademais, Dinamarco (2011), tendo como referência o livro *Eros e Tânatos*, o homem contra si próprio, de Karl A. Menninger, escrito em 1938, conclui que a automutilação é compreendida como um impulso suicida direcionado a uma parte do corpo. Tal conclusão é fundamentada através da análise feita por Menninger mediante o que era relatado por seus pacientes.

A depender da leitura que se faça, a automutilação é entendida como um sintoma de alguns transtornos mentais. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, versão 2008), “transtorno” não é um termo exato, porém é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Já para o DSM-5, atos de automutilação aparecem, por exemplo, na forma de um transtorno específico, ou exclusivo, como por exemplo, no Transtorno de Personalidade Borderline (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014, P. 663). A personalidade Borderline representa a perturbação mais tipicamente relacionada a estes atos, sendo que 80% dos indivíduos diagnosticados com essa perturbação exibem comportamentos de auto-dano (CASTILHO et al., 2010).

A literatura contempla um número significativo de terminologias a fim de tentar explicar o comportamento da automutilação, resultando no fato de muitos estudos apresentarem um enfoque totalmente voltado para esta questão, impossibilitando, em parte, o avanço no entendimento deste complexo fenômeno. Neste sentido, Guerreiro, Sampaio e Figueira (2014) apresentam o termo “comportamento autolesivo”, definindo-o como um comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo, deliberadamente, apresenta comportamentos que intencionam causar lesões ao próprio corpo.

Jatobá (2010) traz ainda o termo “escarificar”, do latim *scarificare*, que significa fazer uma incisão superficial na pele. A escaificação remete-se a um ato por meio do qual o sujeito faz um corte intencional na pele, através de um instrumento cortante, com o intuito de deixar uma cicatriz no corpo, sem existir, necessariamente, a inscrição de uma imagem ou de outro elemento. Neste ato, o sujeito é ativo e autor da marca no seu



### Artigo

corpo, o que difere da tatuagem, pois esta precisa ser feita por um tatuador, que faz uso de instrumentos específicos.

Em suma, na atualidade, a autolesão em adolescentes é considerada como o resultado final de complexas interações entre fatores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais e culturais, tornando-se um relevante problema de Saúde Pública. Estes comportamentos apresentam elevada prevalência em amostras comunitárias e clínicas, e estão geralmente associados à morbidade psiquiátrica e a um aumento significativo do risco de suicídio consumado. Dados internacionais revelam que cerca de 10% dos adolescentes tiveram pelo menos um episódio de autolesão ao longo da sua vida (GUERREIRO;SAMPAIO; FIGUEIRA, 2014). Entretanto, com relação ao índice da prevalência de automutilação entre jovens no Brasil, não foram encontrados estudos epidemiológicos sobre a incidência deste ato, mas pesquisas realizadas no exterior mostram o crescimento da prática nos últimos anos.

Em consonância com a afirmação do aumento da prática de automutilação, Dinamarco (2011) baseada em um estudo publicado por Nancy Heath (2007), professora do Departamento de Educação e Aconselhamento Psicológico da Universidade McGill no Canadá, enfatiza que a automutilação é a prática que apresenta o maior crescimento entre os adolescentes. Após pesquisa realizada com esse público entre 12 e 16 anos de idade, Heath verificou que 13,9% deste grupo já haviam cometido alguma agressão contra o próprio corpo e que entre 14% e 39% dos adolescentes americanos já praticaram algum tipo de automutilação.

Com relação a alguns fatores associados à automutilação em adolescentes, em estudo realizado com 628 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, estudantes de escolas secundárias em Lisboa, Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) pretenderam conhecer os comportamentos autodestrutivos dos adolescentes recolhendo informação relativa a comportamentos de automutilação, desejo de morrer, ideias suicidas, tentativas de suicídio, ter estado próximo de morrer e ter tido comportamentos que colocassem a vida em risco. Os resultados revelaram que 35% dos adolescentes relatavam comportamentos de automutilação, sendo que destes, 21.6% referiu ter este comportamento algumas ou muitas vezes. Verificou-se ainda que 42.8% dos adolescentes já desejou realmente morrer, mais da metade já teve ideias suicidas (com 31% referindo ter pensado entre algumas e muitas vezes), 7% dos adolescentes já tentaram suicídio e 40% indicam ter tido comportamentos que colocam a vida em risco.



### Artigo

No que se refere ao procedimento utilizado na violência autoinfligida, há estudos que indicam que na década de 1980, 75,5% dos adolescentes de 10 a 17 anos empregaram o uso abusivo de drogas e 10,4% a laceração ou a perfuração (ANDRUS; FLEMING; HEUMANN; WASSELL; HOPKINS; GORDON, 1991). Há outros estudos mais recentes que relatam que a violência autoinfligida, praticada por aproximadamente 80% dos adolescentes, foi por ingestão de substâncias que provocavam intoxicações exógenas, seguida de corte nos pulsos (ABASSE; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2009).

Por fim, Bernardes (2015) conclui que compreender as transformações que envolvem o período da adolescência durante a história torna-se relevante, sendo que, para muitos autores, ainda há uma naturalização desse conceito. Tais contradições sociais que dizem respeito ao entendimento da adolescência podem ser identificadas tanto na compreensão do conceito quanto nos desdobramentos denunciados por esse público pelas experiências de automutilação.

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo principal compreender a automutilação no período da adolescência buscando conhecer os fatores associados, visto que, a literatura contempla uma vasta gama de transtornos agregados ao fenômeno, o que instiga a conhecê-los e compreendê-los. Além disso, buscou-se identificar os motivos que propeliram atos autodestrutivos em adolescentes, bem como, descrever as consequências da automutilação neste público-alvo.

### PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia empregada descreve-se como sendo um estudo de caso descritivo-exploratório, com abordagem quanti-qualitativa e processo de amostragem não-probabilístico por conveniência. A amostra é constituída de 10 adolescentes, do sexo feminino, cursando o ensino fundamental II e o ensino médio de três escolas do município de Patos-PB, sendo duas instituições de ensino público e uma de ensino privado. A variação das idades dos sujeitos foi composta de 70% entre 15 e 16 anos e 30% entre 13 e 14 anos. Destes, 90% estão cursando o ensino médio e apenas 10% estão no ensino fundamental II, sendo 70% de escolas públicas e 30% de escola privada.

Para a realização da presente pesquisa, a coleta de dados se deu através da obtenção de informações sócio demográficas, bem como, pelo uso de entrevista



### Artigo

individual, semiestruturada contendo questões abertas, permitindo que o sujeito se expressasse livremente a partir das perguntas realizadas, sendo útil para interpretar, sem indução, os sentidos e significações sob as perspectivas dos participantes.

A coleta dos dados da referida pesquisa foi iniciada somente após a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos a fim de cumprir os requisitos da resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), mantendo os preceitos éticos na aquisição e divulgação dos dados, bem como, após a emissão do Parecer Consubstanciado (CAAE: 79733417.0.0000.5181. Número do Parecer: 2.510.804). Para cumprir com o procedimento do Consentimento Informado, todos os participantes da pesquisa foram previamente informados do seu objetivo, os riscos, procedimentos, como também seu direito de recusar ou desistir de sua participação em qualquer momento da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo para o mesmo.

A abordagem inicial da pesquisadora com os adolescentes se deu nas salas de aula das referidas instituições de ensino público e privado nas turmas do fundamental II e médio, tendo o acesso autorizado através do Termo de Autorização Institucional carimbado e assinado pelos responsáveis pelas instituições. Tendo isto, os adolescentes interessados em participar da pesquisa necessitaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por seu responsável legal, como requisito crucial para participação na pesquisa. Assim sendo, após a autorização do responsável expressa pelo TCLE, os adolescentes assinaram o Termo de Assentimento, acordando a sua participação voluntária e finalmente, puderam responder a entrevista proposta em um ambiente reservado disponibilizado pela instituição para a realização da mesma.

Posteriormente, utilizou-se a entrevista individual, semiestruturada e de questões abertas como instrumento utilizado para a coleta dos dados. Além disso, no que tange a análise dos dados, empregou-se a técnica da análise de conteúdo de Bardin(2011), transformando o material empírico sistematicamente e agregando-o em unidades menores que permitiram a descrição exata das características pertinentes ao conteúdo, codificadas e reagrupadas de modo a formar categorias de resultados.





**Artigo**

**RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados provenientes da pesquisa serão apresentados em tabelas descritivas contendo categorias e subcategorias, indicando o percentual de prevalência de cada subcategoria indicada, integrando os tópicos da entrevista utilizada como instrumento para a coleta de dados. Estes tópicos tornaram-se categorias mediante sua presença e relevância no discurso dos indivíduos, isto obtido em virtude da leitura flutuante do material. Para as discussões das informações coletadas na entrevista, foram dados nomes fictícios aos participantes com a finalidade de preservar a identidade dos mesmos.

Oportuno ressaltar ainda que, no caso de tabelas com percentagens não excludentes entre si, estas terão tal informação descrita em suas notas. Logo, tal acontecimento se dá pelo fato de que um entrevistado pode ter apresentado mais de uma resposta para a mesma questão, sendo, portanto, computadas todas elas, ultrapassando assim a percentagem de 100%.

A primeira categoria foi nomeada “Motivos que propeliram a automutilação no adolescente” sendo composta por subcategorias denominadas de: 1) Problemas familiares, 2) Relacionamentos interpessoais, 3) Transtornos/Patologias e 4) Preocupações externas.

Tabela 1 – Categoria “Motivos que propeliram a automutilação no adolescente”

Categoria	Subcategorias	%
Motivos que propeliram a automutilação no adolescente	Problemas familiares	90%
	Relacionamentos interpessoais	60%
	Transtornos/Patologias	20%
	Preocupações externas	20%

NOTA: Dados não-excludentes <sup>5</sup>.

A Tabela 1 apresenta a primeira categoria elencada para a análise, denominada de “Motivos que propeliram a automutilação no adolescente”, bem como, descreve as suas respectivas subcategorias. Dentre elas, a subcategoria mais significativa foi

<sup>5</sup>Um mesmo entrevistado pode mencionar mais de uma resposta, e, portanto, a soma das porcentagens pode ser superior a 100%.





### Artigo

“Problemas familiares” com um percentual de 90%, seguida de “Relacionamentos interpessoais”, com 60%. Posteriormente surgem as subcategorias com os menores índices de significância, sendo elas “Transtornos/Patologias” e “Preocupações externas”, ambas com o percentual de 20% das respostas da amostra. Para além das informações descritas na Tabela 1, torna-se importante destacar que essa categoria vai ao encontro a um dos objetivos específicos da pesquisa, o qual busca identificar os fatores que podem estar associados a determinados atos autolesivos em adolescentes.

A primeira subcategoria da Tabela 1 “Problemas familiares”, possui o maior índice de significância da categoria com percentagem de 90%, tendo emergido nos relatos dos adolescentes entrevistados variáveis como: “Discussões”, “Luto”, “Doença” e “Divórcio”. Ao analisar a frequência destas variáveis nos discursos, percebeu-se que a variável “Discussões” foi a mais prevalente, desta forma, buscou-se evidências empíricas que corroborem ou refutem com este resultado para a discussão da subcategoria mais relevante.

Surgindo como o motivo mais citado pelos adolescentes entrevistados que os levam ao ato da automutilação, o enfoque recai sobre as discussões no contexto familiar, como já descrito anteriormente, fato este que pode implicar em uma dinâmica familiar disfuncional. Para Lidchi e Eisenstein (2004), uma família funcional é percebida como afetuosa, com presença de diálogo, coesa, com regras flexíveis, porém com limites claros, oferecendo recursos necessários ao crescimento individual e apoio em face de situações e/ou problemas. Entretanto, em conformidade com os dados obtidos na pesquisa, Guerreiro e Sampaio (2013), afirmam que a existência de disfunção familiar tem sido fortemente associada a comportamentos autolesivos em adolescentes.

A automutilação manifesta-se, sobretudo em adolescentes que apresentam problemas relacionais, especialmente a nível familiar, onde é frequente existir conflito, com crítica sistemática e falta de afeto, com recurso a soluções desadaptativas cujas consequências são, frequentemente, irreversíveis (MESQUITA;RIBEIRO; MENDONÇA; MAIA, 2011). Essa discussão é demonstrada pela seguinte fala:

*“Houve uma época em que na minha relação com a minha família não existia diálogo, principalmente com a minha mãe. Quando eu estava me cortando vinham na minha cabeça todas as discussões que eu estava tendo com ela” (Vivian, 16 anos).*



### Artigo

Com relação às variáveis “Luto”, “Doença” e “Divórcio”, também presentes na primeira subcategoria “Problemas familiares” descrita na Tabela 1, observa-se que alguns dos entrevistados que convivem em ambientes conflituosos também relataram vivenciar outros tipos de problemas familiares como o luto pela perda de um familiar, doenças na família e o divórcio dos pais. Em suma, Rodrigues (2015) enfatiza que adversidades entre a família e o adolescente, funções de parentalidade mal adaptativas e divórcio dos pais são igualmente aspectos que estão associados às automutilações.

O recorte abaixo demonstra a experiência do luto como um fator que mobilizou a automutilação:

*“A última recaída que tive foi com a morte da minha avó, perde-la foi o mesmo que tirar a minha vida. Estou aqui fisicamente, mas acho que até a minha alma está triste” (Raquel, 15 anos).*

Em se tratando da segunda subcategoria “Relacionamentos interpessoais”, descrita na Tabela 2 com um percentual de 40%, as variáveis elencadas foram: “Relacionamentos amorosos”, “Decepção com amigos” e “Influência de amigos”. Contudo, a subcategoria “Relacionamentos amorosos” se mostrou bastante presente nos discursos dos entrevistados, tendo uma pontuação significativa na fala dos indivíduos. Alguns sujeitos relataram já terem chegado ao ato da automutilação muitas vezes pelo fim de um relacionamento ou por este ser demasiadamente conflituoso.

Semelhante a isso, no estudo de Gonçalves (2016) a autora afirma que os adolescentes que participaram da pesquisa apontam a automutilação como um modo, coisa, jeito, método que fazem para passar, colocar para fora, escapar, refugiar e esquecer – a mágoa, a raiva, a solidão, a ansiedade, a depressão, o momento difícil. Citam, portanto, um conjunto de situações e sentimentos mobilizadores da automutilação, incluindo problemas na família e relacionamentos amorosos. Acrescenta ainda que a automutilação realizada em função de términos ou decepções também foi recorrente nas respostas dos questionários de sua pesquisa.

*“O motivo foi justamente devido ao meu relacionamento, ele (namorado) sempre me falava coisas que outras pessoas o diziam que eu havia feito. Estas coisas não eram verdade e isso acontecia todos os dias, acredito que nunca houve um dia em que ele chegasse a*



### Artigo

*minha casa e ficássemos bem. Tudo isso foi acumulando e desgastando o nosso relacionamento” (Clarisse, 15 anos).*

As variáveis subsequentes presentes na subcategoria “Relacionamentos interpessoais” também descrita na Tabela 1, foram “Decepção com amizades” e “Influência de amigos”. Mediante os relatos, observou-se que alguns adolescentes sentem-se “traídos” por pessoas do seu círculo de amizades e conseqüentemente atacam o seu corpo por sentirem-se decepcionados diante de algumas atitudes. Entretanto, não foram encontrados subsídios na literatura que evidenciassem este fato vinculado à automutilação na adolescência. Deste modo, no que tange à influência dos amigos para o ato da automutilação, Rodrigues (2015) aponta para o fato de os amigos e o suporte social serem meios em que o adolescente cada vez mais se refugia e considera algo quase que central na sua vida, a influência dos amigos para a prática desses comportamentos seria evidente.

O recorte da fala a seguir ilustra, em parte, esta discussão:

*“Eu me corto às vezes por decepção, pois eu gosto muito de falar sobre mim para ver se alguém me aconselha ou me ajuda, com isso acabo me decepcionando muito com minhas amigas” (Maria, 16 anos).*

Ainda na Tabela 1, a terceira subcategoria elencada denomina-se “Transtornos/Patologias” composta por uma percentagem de 20%, isto em virtude de que alguns entrevistados relataram que o fator que os impulsionou ao ato da automutilação seria algum tipo de patologia. Na referida subcategoria emergiram duas variáveis, sendo elas a “Depressão” e a “Tricotilomania” ambas com a mesma frequência nos discursos dos entrevistados.

De acordo com dados da literatura, a depressão parece também condicionar o comportamento de automutilação. Mediante a busca por subsídios literários, notou-se que vários autores citam esta perturbação como uma importante característica psicopatológica do sujeito que exhibe comportamentos de automutilação (GUERTIN, 2001; HAW; HAWTON; HOUSTON; TOWNSEND, 2001), o que parece corroborado pelos resultados do estudo de Duque e Neves (2004), como também pelo presente estudo. Ainda semelhante ao achado, Castilho, Gouveia e Bento (2010) identificaram que os adolescentes com automutilação apresentam índices mais elevados de



### Artigo

psicopatologia, nomeadamente de depressão, quando comparados com adolescentes sem auto-dano e adolescentes normais.

Ao buscar subsídios que fundamentassem a presença da tricotilomania como fator que mobiliza a automutilação, Favazza (1987/1996) insere a tricotilomania no tipo de automutilação que o mesmo denomina de “compulsiva”. Esta se refere a um comportamento que é automático, sem que a pessoa pense muito antes de agir; geralmente ocorre em resposta a uma ânsia repentina de se machucar e promove um alívio da ansiedade. Em suma, o tipo mais pesquisado da automutilação compulsiva é a tricotilomania – ato repetitivo e deliberado de arrancar os próprios cabelos da cabeça, sobrancelha e genitais (FAVAZZA, 1987/1996 citado em ARAÚJO, et al., 2016).

Neste sentido, Guerreiro e Sampaio (2013) acrescentam ainda que o perfil de um adolescente que apresenta automutilação é determinado por perturbações no nível de psicopatologia geral como depressão, ansiedade, impulsividade e agressividade, estando associados a um diagnóstico psiquiátrico, sobretudo doença afetiva. Logo, pois, segue o trecho de uma entrevista reafirmando as patologias como fatores impulsionadores da automutilação:

*“Acho que a automutilação acontece porque nunca superei a depressão, acredito que quem tem depressão nunca fica curado totalmente, você sempre vai estar triste e de vez enquanto se sentir sozinha” (Raquel, 15 anos).*

Finalmente, trataremos da última subcategoria presente ainda na Tabela 1 com uma percentagem de 20%, sendo ela as “Preocupações externas”, esta agindo como um dos motivos que propõem a automutilação em adolescentes. Para isto, foram elencadas duas variáveis, sendo elas “Dificuldade na aprendizagem” e “Acúmulo de preocupações”, visto que, de acordo com alguns relatos obtidos com as entrevistas, adolescentes associam os atos de automutilação a uma forma de aliviar a raiva, tensão e ansiedade advindas das preocupações e dificuldades, principalmente no contexto escolar.

Andrada (2003) aponta para as possibilidades de intervenção do psicólogo escolar quanto a essa questão, e a importância de designar espaços para escuta das demandas e assim refletir maneiras de como lidar com situações que são cotidianas. Ademais, trazer uma reflexão sobre a função da dificuldade de aprendizagem, bem como, do acúmulo de preocupações neste momento do ciclo da vida, criando um espaço



### Artigo

de diálogo franco entre o adolescente e a família acerca das dificuldades de todos, não só dele, diluindo nos sistemas a “culpa” pelo fracasso escolar (CARTER, 1995; MCGOLDRICK, 1995 citado em FREITAS; SOUZA, 2017).

Em virtude das preocupações externas ao adolescente, um recorte de uma entrevista faz a seguinte colocação:

*“Quando eu não consigo entender algum assunto que o professor passa na sala de aula geralmente fico com raiva e me estresso, é quando machuco meus braços e puxo os meus cabelos” (Suzana, 15 anos).*

Em situações como estas, nos discursos mostrados acima, a automutilação partiu de uma série de causas ou motivos ora internos, ora externos ao sujeito. A vista disso, tanto os motivos internos quanto os externos podem ocasionar prejuízos na vida destes adolescentes, pois não se tem como ponderar a gravidade das consequências físicas, psicológicas ou comportamentais geradas por estes.

Portanto, este fenômeno pode ainda ser visto como uma forma de autopunição por parte do adolescente, de maneira a que este canalize a raiva que sente, para além de ser igualmente uma forma de interrupção de estados dissociativos, permitindo ao adolescente o regresso à realidade que de certo modo quer evitar confrontar-se. O anseio de se automutilar é a consequência de um impulso, precipitado por uma acumulação de acontecimentos negativos e estressantes (MESQUITA, et al., 2011).

A Tabela 2, apresentada a seguir, corresponde aos tipos e especificações dos instrumentos utilizados no ato da automutilação que foram descritos pelos adolescentes entrevistados. Mediante os relatos, fez-se o levantamento dos instrumentos cortantes, perfurantes e (corpo) contundentes que foram mais utilizados pelos adolescentes no momento da automutilação. Dentre as subcategorias de instrumentos, emergiram também algumas variáveis que serão descritas a seguir.



### Artigo

Tabela 2 – Categoria “Instrumento utilizado no ato da automutilação”

Categoria	Subcategorias	%
Instrumento utilizado no ato da automutilação	Instrumentos cortantes	90%
	Instrumentos (corpo) contundentes	40%
	Instrumentos perfurantes	10%

NOTA: Dados não-excludentes.

Ao observar os dados contidos na Tabela 2 nota-se que esta apresenta a segunda categoria elencada para a análise, descrita como “Instrumento utilizado no ato da automutilação”, de modo que, apresenta também as suas respectivas subcategorias. Dentre elas, a subcategoria mais significativa foi “Instrumentos cortantes” com um percentual de 90%, seguida de “Instrumentos (corpo) contundentes”, com 40%. Em seguida, é descrita a subcategoria com o menor índice de significância, sendo ela “Instrumentos perfurantes” com um percentual de 10% da amostra.

A primeira subcategoria da Tabela 2 “Instrumentos cortantes”, apresenta o maior índice de significância com relação às demais subcategorias, estando presente nos discursos de 90% da amostra. Nesta subcategoria, a partir das respostas emitidas pelos entrevistados quando questionados sobre os instrumentos mais utilizados no ato da automutilação, verificou-se uma maior frequência de instrumentos cortantes representados pelas “Lâminas” (barbear, lapiseira), “Estilete”, “Tesoura”, “Papel” e “Estilhaço de vidro”. Contudo, as variáveis mais citadas foram as “Lâminas” seguidas pelo “Estilete”.

Emergindo como um dos instrumentos mais utilizados pelos adolescentes no momento do ato da automutilação, o mais citado foi o uso das lâminas, estas sendo lâminas de barbear e também lâminas de lapiseira. Nesse sentido, uma notícia de 2014 traz o caso de uma escola no Acre, Brasil, onde dez adolescentes estariam se cortando para fazer um “pacto de sangue”. Uma das adolescentes relata: “As meninas estavam se cortando, mas não sei o motivo, e me chamaram para participar. Elas usavam lâminas do apontador e ficavam se cortando dentro da sala ou pegavam de casa e traziam para cá. Eu fiz duas vezes, mas já parei” (RIBEIRO; FULGÊNCIO, 2014 citado em GONÇALVES, 2016).

Segue abaixo uma parte do relato de uma das adolescentes entrevistadas, que representa a discussão apresentada acerca das lâminas como sendo um instrumento demasiadamente utilizado para a automutilação:





### Artigo

*“Na primeira vez em que me cortei eu usei lâminas de barbear, eu mesma quebrei uma para me cortar. Na segunda vez eu usei uma lâmina de lapiseira, quebrei a lapiseira semelhante à forma como fiz com a lâmina de barbear” (Carla, 14 anos).*

Em seguida, com relação às variáveis “Estilete”, “Tesoura”, “Papel” e “Estilhaço de vidro”, apresentados também na primeira subcategoria “Instrumentos cortantes” descrita na Tabela 3, nota-se que há certa diversidade no que tange a escolha do instrumento que auxiliará no ato. De fato, para a prática da automutilação alguns adolescentes utilizam múltiplos objetos cortantes como estiletes, facas, tesouras, dentre outros (LE BRETON, 2007; FAVAZZA, 2007).

O recorte abaixo demonstra o manuseio de alguns instrumentos cortantes escolhidos para o ato em diferentes situações:

*“Já utilizei várias coisas para me cortar como, por exemplo, lâmina de lapiseira, estilete e até mesmo caco de vidro” (Patrícia, 13 anos).*

Em se tratando da segunda subcategoria “Instrumentos (corpo) contundentes” que se referem aos instrumentos que atuam por pressão exercida sobre eles, descrita na Tabela 2 com um percentual de 40%, as variáveis elencadas foram: “Unhas”, “Maçaneta de porta”, “Corda”, “Puxões de cabelo” e “Socos na parede”. Dessas, a subcategoria “Unhas” se mostrou bastante presente nos discursos dos entrevistados, sendo o elemento mais frequentemente utilizado na automutilação.

Tal comportamento apresenta graus variados: desde lesões leves, como arranhar a pele com as unhas ou se queimar com pontas de cigarros; passando por formas moderadas, como cortes superficiais em braços; e chegando até as mais graves, como a autoenucleação e a autocastração (ALROE; GUNDA, 1995; BHARATH; NEUPANE; CHATTERJEE, 1999 citado em CEDARO; NASCIMENTO, 2013). De certo modo, Dinamarco (2011) cita um trecho do livro Eros e Tânatos, o homem contra si próprio, de Menninger, no qual o autor comenta que o que determina o ato de automutilação não é o seu grau de severidade, mas sim a sua natureza.





### Artigo

*“Quando eu estava estressada ou com raiva eu usava as minhas unhas, machucava meus braços com ela. Isso acontece sempre que estou estressada”* (Suzana, 15 anos).

Ademais, na subcategoria “Instrumentos (corpo) contundentes”, descrita na Tabela 2, estão presentes outras variáveis que sucedem o uso das unhas como instrumento de automutilação. Estas incluem friccionar o corpo contra a maçaneta de uma porta, enrolar uma corda no pescoço e fazer movimentos de vai-e-vem, envolver os dedos no cabelo e arrancá-los do couro cabeludo, além de socar repetidas vezes as paredes com o intuito de ferir dedos e mão. Mediante os relatos, foi possível perceber que alguns adolescentes usam a força do seu corpo contra algum tipo de objeto ou também, acontece de usarem partes do seu corpo, como as unhas, fazendo pressão contra si mesmo com a finalidade de machucar-se.

Deste modo, em concordância com o achado da presente pesquisa com relação ao uso de instrumentos (corpo) contundentes, os autores Adler e Adler (2011) apresentam uma estimativa da prevalência de vários atos, em comparação com outros, sugerindo a seguinte distribuição: 72% cortes, 35% queimaduras, 30% auto-agredir usando o próprio corpo, 22% interferência de cicatrização de feridas, 10% puxar cabelo, 8% quebra óssea, 78% múltiplos métodos (ADLER; ADLER, 2011 citado em GONÇALVES, 2016). Em síntese, o recorte da fala a seguir demonstra esta discussão:

*“Às vezes eu uso a maçaneta da porta, fico enfiando ela contra o meu abdômen varias vezes seguidas. Ah, eu também ficava dando socos em paredes, naqueles tipos que são caspentas e arranham a pele”* (Vanessa, 15 anos).

Em síntese, com relação à última subcategoria “Instrumentos perfurantes”, contida ainda na Tabela 2, apresentando-se com o menor percentual da categoria “Instrumento utilizados no ato da automutilação” de apenas 10%, foram elencadas três variáveis, sendo elas “Caneta com ponta fina”, “Arame” e “Alicate de unhas”. Por meio de alguns relatos obtidos com as entrevistas, notou-se uma tímida frequência, porém existente, de adolescentes que afirmam já terem consumado o ato através de objetos perfurantes.

A literatura não contempla em grande escala os objetos perfurantes mais comumente utilizados por adolescentes para a automutilação, mas, de acordo com



### Artigo

Cedaro e Nascimento (2013), os atos lesivos contra o próprio corpo incluem cortes, perfurações, mordidas, beliscões e espancamentos, feitos a mão ou com o uso de objetos, alegando-se a intenção de aliviar tensões ou outros sentimentos semelhantes. Deste modo, confirma-se então o ato de perfurar o corpo como um meio de automutilação, se dando, por exemplo, por meio de arame, alicate de unha, caneta com ponta fina, conforme identificado no presente estudo.

*“Uma vez usei o arame de uma pasta que serve para armazenar papeis dentro, aqui na escola inclusive. Também já usei caneta com uma ponta bem fina, além do alicate de unhas” (Vanessa, 15 anos).*

Em virtude de todos os objetos utilizados presentes nos discursos mostrados acima, logo, não é incomum ouvir relatos de adolescentes que utilizam mais de um método para a automutilação, em diferentes ocasiões. O estudo de Klonsky (2011) revelou que 50% dos automutiladores utilizavam mais de um método para provocar as lesões, em média dois tipos (LLOYD-RICHARDSON; PERRINE; DIERKER; KELLEY, 2007; KLONSKY, 2011 citado em GIUSTI, 2013).

Conclui-se então que a automutilação por cortes é o método mais comum de autolesão, através de facas, lâminas, tesouras, vidros ou outros materiais abrasivos, em que o pulso, antebraço, zona abdominal ou os membros inferiores são as zonas de eleição pelo fato de as feridas frequentemente ficarem escondidas ou menos expostas (HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012 citado em CARDOSO, 2016). Existe assim uma intenção de o indivíduo se magoar de forma a substituir ou a cessar a dor psicológica sentida como intolerável por uma dor física, localizável e palpável (OLIVEIRA; AMÂNCIO; SAMPAIO, 2001).

Em suma, outro ponto que se buscou investigar na pesquisa se refere às consequências que o ato da automutilação poderia acarretar na vida do adolescente, sendo abordado na pesquisa como um dos objetivos específicos que pretendia descrever as consequências da automutilação no público adolescente. Dito isso, a tabela 3 refere-se à categoria “Consequências presentes após a automutilação”, e demonstra as subcategorias que foram elencadas, referindo-se às consequências físicas, psicológicas e comportamentais da automutilação.



**Artigo**

Tabela 3 – Categoria “Consequências presentes após a automutilação”

Categoria	Subcategorias	%
Consequências presentes após a automutilação	Físicas	70%
	Psicológicas	40%
	Comportamentais	10%

NOTA: Dados não-excludentes.

Podemos observar na Tabela 3, a terceira categoria elencada através da análise do conteúdo das comunicações, descrita como “Consequências presentes após a automutilação”. Partindo do princípio de que a automutilação acarretaria consequências em diferentes âmbitos da vida do adolescente, perceberam-se que alguns tipos são mais frequentemente apontados pelos sujeitos, com isso, as subcategorias que emergiram foram, respectivamente, as consequências “Físicas”, “Psicológicas” e “Comportamentais”. As consequências “Físicas” foram as mais presentes nos relatos dos adolescentes entrevistados, descrita com um percentual de 70%, esta sendo a subcategoria com maior índice de relevância da categoria apresentada. Em segundo lugar surgem as consequências “Psicológicas” estando presentes nos relatos de 40% das respostas da amostra, e por fim, as consequências “Comportamentais”, com um percentual de 10%.

A primeira subcategoria da Tabela 3 apresenta o maior índice de percentual da categoria (70%) e retrata as consequências físicas presentes no adolescente após o ato da automutilação, estas sendo a curto, médio ou longo prazo. Tornou-se notório a presença de algumas variáveis relacionadas a este tipo de consequência, tais como: “Dor”, “Hematoma”, “Inchaço”, “Ardência”, “Vermelhidão” e “Cicatrizes”. Ao analisar a constância destas variáveis nos discursos, concluiu-se que a variável “Dor” foi a mais prevalente dentre as demais, podendo surgir durante o ato, logo após ou somente no dia seguinte à automutilação, podendo ser persistente ou momentânea e ter graus variados de intensidade.

O indivíduo, ao praticar a conduta de risco não busca, necessariamente, a intencionalmente de morte, mas sim, a intenção de machucar e magoar a si mesmo visando trocar a dor de intensidade intolerável sentida psicologicamente por uma dor visível fisicamente. E em alguns destes momentos, acabam por colocar a vida em risco (OLIVEIRA; AMÂNCIO; SAMPAIO, 2001). Adolescentes que cometem danos físicos no seu corpo fazem-no para desencadear o alívio face à aflição emocional. A dor física



### Artigo

torna-se frequentemente, mais fácil de tratar e lidar do que a dor emocional, devido à causa, talvez mais clara, e aos sentimentos reais, sendo que os ferimentos podem servir para demonstrar ao indivíduo que a sua dor emocional é real e válida. Este tipo de comportamento auto lesivo pode acalmar o indivíduo, tornando-se uma resposta natural ao stress do dia-a-dia do jovem e pode aumentar na frequência e na severidade (BALTAZAR, 2009).

*“No dia em que eu me mutilava eu não sentia nada, mas no dia seguinte ficava ardendo e chegava a ficar inchado. No momento da raiva eu não ligava pra essa dor, me cortava nos braços e pernas”*  
(Catarina, 13 anos).

Com relação à intensidade dolorosa, o estudo de Vieira, Pires e Pires (2016), realizado com 20 pacientes com idade superior a 18 anos atendidos em um ambulatório de Psiquiatria numa cidade de médio porte do Vale do Paraíba, revelou que de acordo com a escala numérica de dor aplicada aos sujeitos 45% da amostra relataram ausência de dor, 35% dor leve, 15% moderada e 5% dos participantes relataram sentir dor intensa. De acordo com Arcoverde (2013), um aspecto curioso encontrado em fontes diversas da literatura sobre autolesão, independentemente da perspectiva teórica que utilizam, refere-se à ausência, indiferença ou diminuição da sensação de dor naqueles que provocam ferimentos em si mesmos.

De certo modo, se torna necessário também enfatizar as demais variáveis presentes na primeira subcategoria apresentada na Tabela 3, que retratam as consequências físicas após a automutilação. Ademais, os hematomas, o inchaço, a ardência, a vermelhidão e as cicatrizes também são descritas pelos adolescentes como consequências físicas deste ato. Segue abaixo um relato que retrata tal discussão:

*“Eu chegava a fazer tão profundo que houve uma vez em que eu fiquei com muito medo de ir para o hospital porque não parava de sangrar, e eu fiquei com medo de chegar lá e dizer que estava me cortando na frente da minha mãe e de um médico desconhecido, isso seria uma vergonha”* (Raquel, 15 anos).

Em se tratando da segunda subcategoria descrita como as consequências “Psicológicas” presentes no adolescente após o ato de automutilação, descrita também



### Artigo

na Tabela 3 com um percentual de 40%, as variáveis elencadas foram: “Vergonha”, “Culpa”, “Fragilidade” e “Incapacidade de falar sobre o assunto”. Entretanto, a subcategoria “Vergonha” mostrou-se mais presente nos discursos dos entrevistados, tendo uma pontuação significativa na fala dos indivíduos. Um dos entrevistados relatou sentir extrema vergonha após o ato, visto que, a sua família tomou conhecimento do acontecido e passou a comentar sobre isso, acrescentou ainda que, sentiu-se pior quando as pessoas tomaram conhecimento disso do que se sentia no momento da automutilação.

O ato da automutilação é seguido, por vezes, de sensação de bem-estar e alívio momentâneo e/ou culpa, vergonha e tristeza por ter praticado tal ato. As sensações de bem-estar e alívio podem persistir por algumas horas, alguns dias e, mais raramente, por algumas semanas, retornando então aos sentimentos iniciais (SIMEON; FAVAZZA, 2001; LAYE-GINDHU; SCHONERT-REICHL, 2005; FAVAZZA; CONTERIO, 1989 citado em GIUSTI, 2013). A autora identificou ainda que era comum os indivíduos que se automutilavam afirmarem ter vergonha quando questionados por estranhos sobre suas cicatrizes e que também tentavam escondê-las, usando mangas longas e evitando trajes de banho. Acrescenta que os cuidados com os ferimentos resultantes da automutilação também são descritos de forma ritualizada e com um misto de sentimentos de arrependimento, vergonha, alívio e tranquilidade.

*“Costumo me cortar nos pulsos porque é onde consigo esconder, coloco algumas pulseiras e as pessoas não percebem. Essas marcas mais escuras são os cortes mais profundos, quando são cortes leves eles vão clareando com o tempo” (Maria, 16 anos).*

No que tange às demais variáveis presentes na subcategoria de consequências “Psicológicas”, estas são, respectivamente, “Culpa”, “Fragilidade e “Incapacidade de falar sobre o assunto”. Com relação a culpa, o presente estudo traz este sentimento como uma consequência após o ato, conforme explicitado pelos adolescentes entrevistados. Entretanto, a literatura tende a associar este sentimento como sendo um facilitador para a automutilação, neste caso, evidenciando a culpa como causa e não como consequência. Nos remetendo novamente às contribuições de Vieira, Pires e Pires (2016), os autores evidenciaram que com relação ao sentimento desencadeante da automutilação, 14 (70%) responderam tristeza, 12 (60%) angústia, 8 (40%) culpa, 6 (30%) ansiedade, 4 (20%) raiva ou medo ou frustração, 3 (15%) insônia ou confusão mental, 1 (5%) alegria ou alucinação ou impotência ou lembranças.



### Artigo

Nota-se que a literatura ainda carece de estudos que visem identificar as possíveis consequências psicológicas que acometem o sujeito após a automutilação, visto que, a ênfase recai demasiadamente sobre os fatores desencadeadores do ato. O presente estudo pode identificar como consequências psicológicas também a fragilidade desse adolescente após mutilar-se e a incapacidade de falar sobre o assunto abertamente, mediante a sua insegurança e temor. Ao buscar subsídios na literatura que corroborassem ou refutassem este elenco de variáveis, pouco foi encontrado, reafirmando a carência de estudos neste contexto.

Conforme os achados no presente estudo, com relação às consequências psicológicas presentes após o ato, segue o recorte de uma fala significativa:

*“Eu não fiquei com nenhuma sequela ou consequência física, mas psicológica sim, pois hoje em dia quando vejo alguém contando que faz isso me sinto impactada por saber que já fiz e sei como e com o que é feito. Não consigo mais falar sobre esse assunto por esses motivos” (Raquel, 15 anos).*

Finalmente, a Tabela 3 apresenta ainda a terceira e última subcategoria elencada, referida como as consequências “Comportamentais” do ato de automutilação, apontada em 10% das respostas dadas nas entrevistas. Nesta subcategoria foram identificadas as seguintes variáveis: “Ausência da fala” e “Indisposição”, estas sendo descritas pelos adolescentes como consequências que vivenciaram após o ato da automutilação. Logo, não distante do que se encontrou na literatura com relação às consequências psicológicas posteriores à automutilação, as consequências comportamentais praticamente inexistem dentre artigos publicados no Brasil.

De fato, é inegável que o interesse pela automutilação, bem como pela busca de respostas aos pontos de interrogação que permeiam este ato, principalmente no público adolescente, vem crescendo gradativamente nas últimas décadas, parcialmente em resposta à atenção da mídia para este fenômeno. Apesar disto, como se observou no presente estudo ainda há muitas lacunas existentes, além de vertentes deste ato que carecem de estudos mais aprofundados. Enfatizando a linha de pensamento de Giusti (2013), a autora afirma que os estudos existentes até agora são controversos principalmente quanto à definição da automutilação, o que leva a divergência quanto a sua prevalência. Também, a maioria dos estudos foi realizada com população de





### Artigo

adolescentes e adultos jovens, e muito pouco se sabe a evolução e consequências desse comportamento longitudinalmente.

Por fim, para ilustrar o achado das consequências comportamentais presentes nos adolescentes entrevistados após a automutilação, segue o relato abaixo:

*“Eu tive que tomar remédios por um tempo, pois depois que comecei a me cortar eu não falava nada, só ficava deitada e não sentia vontade de levantar, foi aí então que minha mãe me levou ao psicólogo. Minha família dizia que eu era louca, que eu deveria me internar e que não voltasse para a escola, pois as pessoas iriam se afastar de mim por causa disso” (Catarina, 13 anos).*

Em síntese, considera-se que a autoagressão na adolescência, bem como os fatores que estão associados a este fenômeno atualmente tão relevante, são problemas de saúde pública, visto que, atinge não somente as famílias dos adolescentes envolvidos, mas também a sociedade como um todo, incluindo os profissionais de saúde e os professores e educadores que acompanham cotidianamente os adolescentes nas suas atividades escolares. Acredita-se que, com o trabalho interdisciplinar entre as famílias, gestores e profissionais da saúde, é possível diminuir e prevenir a conduta autoagressiva entre adolescentes em idade escolar, a partir da identificação das causas e maior efetividade na prevenção (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2006). Ressalta-se então, mediante este estudo, a importância de estudos que visem identificar fatores que mobilizem e sejam preditores destes comportamentos autolesivos, como também, que busquem traçar estratégias para a prevenção e desenvolvimento de terapêuticas eficazes para estes adolescentes.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto de partida do presente estudo resultou, em um primeiro momento, de motivações pessoais na tentativa de compreender a automutilação em adolescentes, os fatores que podem estar associados, bem como, as consequências que sucedem estes atos. Outro motivador para a realização do mesmo se deu mediante a carência de estudos percebida após a busca por subsídios na literatura, constatando-se a existência de lacunas, principalmente em pesquisas nacionais, referentes a especificações do tema,





### Artigo

como as consequências geradas pelo ato longitudinalmente, ou também, ao papel da psicologia como agente transformador neste cenário.

Quanto aos objetivos propostos, estes vislumbravam compreender o fenômeno e encontrar possíveis associações da automutilação com outros fatores, como também identificar algumas das causas e consequências deste ato no adolescente. Conclui-se então que estes foram devidamente alcançados, visto que, tornou-se possível ampliar a compreensão com relação à automutilação, encontrar os fatores que propeliram a automutilação no público adolescente, além de identificar algumas das consequências apresentadas pelos adolescentes em face do ato da automutilação. Contudo, o estudo apresenta algumas limitações, como a dificuldade em obter uma amostra mais significativa, a falta de estudos com os mesmos objetivos e com a mesma população alvo, o que limitou consideravelmente que os resultados obtidos pudessem ser comparados a outros estudos, como também, a aplicação do instrumento de coleta de dados ter sido preenchido em tempo de aula, implicando em alguns alunos negarem-se participar da pesquisa por vergonha de amigos e colegas.

Em virtude dos achados encontrados neste estudo, faz-se necessário focar nas consequências que surgiram após o ato de automutilação nos adolescentes. Pouco foi encontrado na literatura com relação a esta questão, pois muitos estudos abordam as suas discussões em terminologias, diferenças quanto ao gênero e associações da automutilação a outras patologias. A literatura carece de estudos que reflitam as consequências deste ato, sejam elas físicas ou psicológicas, a curto ou longo prazo, e ainda, as implicações que a automutilação há de ter na vida do indivíduo e as possibilidades de ajuda que se apresentam para este. A partir disto, outra dificuldade foi encontrada no que tange as possibilidades de intervenção de profissionais da saúde, como também o papel crucial da escola, da família e amigos no cotidiano deste adolescente, e ainda a importante conscientização da sociedade em geral, para que sejam agentes de mudança deste atual cenário.

Torna-se necessário avaliar a forma de estudar o fenômeno para se chegar a conclusões mais ampliadas, com ações preventivas para sugerir intervenções, para assim, longitudinalmente verificar a redução de casos de adolescentes que se automutilam. Desse modo, almeja-se que outros estudos possam fazer uso dos subsídios fornecidos por esta pesquisa para impulsionar novos conhecimentos sobre a automutilação, bem como, incentivar a conscientização da população-alvo para a busca de um acompanhamento especializado. No contexto social, espera-se com os resultados



**Artigo**

obtidos por meio desta pesquisa, trazer alguma contribuição, a fim de favorecer a ampliação do conhecimento proporcionando maior interesse pelo construto apresentado.

**REFERÊNCIAS**

ABASSE, Maria Leonor Ferreira; OLIVEIRA, Ronaldo Coimbra; SILVA, Tiago Campos; SOUZA, Edinilsa Ramos. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Minas Gerais, v.14, n.2, 407-416, 2009.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5º ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.992p.

ANDRADA, Edla Grisard Caldeira. Família, escola e a dificuldade de aprendizagem: intervindo sistemicamente. *Psicologia Escolar e Educacional*, Santa Catarina, v. 7, n. 2, 171-178, 2003.

ANDRUS, Jon Kim; FLEMING, David William.; HEUMANN, Michael; WASSELL, James; HOPKINS, David; GORDON, Jane. Surveillance of attempted suicide among adolescents in Oregon. *American Journal of Public Health*, Estados Unidos, v. 81, n. 8, 1067-1069, 1991.

ARAÚJO, Juliana Falcão Barbosa; CHATELARD, Daniela Scheinkman; CARVALHO, Isalena Santos; VIANA, Terezinha de Camargo. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos Clin*, São Paulo, v. 21, n. 2, 497-515, 2016.

ARCOVERDE, Renata Lopes. *Autolesão e produção de identidades*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica– Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco, 2013. 84p.



**Artigo**

ASSUMPCÃO, Ana Paula Vieira de Andrade. *O Discurso da falta e do excesso: A Automutilação*. Dissertação de Mestrado em Letras – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2016. 100p.

BALTAZAR, Maria da Anunciação Lopes. *Contributo para a caracterização das lesões auto-infligidas nas perícias médico-legais: correlação com os antecedentes da vítima*. Dissertação de mestrado em Medicina –Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal, 2009. 361p.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo: edição revista e ampliada*. 6º ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 280p.

BERNARDES, Suela Maiara. *Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam*. Dissertação de mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 123p.

BRASIL. *Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas. Brasília: Diário Oficial da União, 2016. Retirado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>.

CARDOSO, Gabriela Tanreiro. *Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens*. Dissertação de Mestrado em Medicina –Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal, 2016. 66 p.

CASTILHO, Paula;GOUVEIA, José Pinto;BENTO, Elisabete. *Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes*. *Psychologica*, Coimbra, v. 52, n. 2, 331-360, 2010.

CEDARO, José Juliano; NASCIMENTO, Josiana Paula Gomes. *Dor e gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações*. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 24, n. 2, 203-223, 2013.



**Artigo**

DINAMARCO, Adriana Vilano. *Análise exploratória sobre o sintoma de automutilação praticada com objetos cortantes e/ou perfurantes, através de relatos expostos na Internet por um grupo brasileiro que se define como praticante de automutilação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. 117 p.

DRIEU, Didier;LELOUEY, NadineProia;ZANELLO, Fabrice. Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 9-20, 2011.

DUQUE, Alexandra Freches;NEVES, Pedro Gante. Automutilação em meio prisional: avaliação das perturbações da personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Portugal, v. 5, n. 2, 215-227, 2004.

ESTELLITA-LINS, Carlos; OLIVEIRA, Verônica Miranda; COUTINHO, Maria Fernanda Cruz. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. *Psychê*, São Paulo, v. 10, n. 18, 151-166, 2006.

FAVAZZA, Armando. Review of treating self-injury: a practical guide [Versão Eletrônica]. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 195, n. 2, 187-188, 2007.

FREITAS, Elidiane Queiroz Mercês;SOUZA, Robson. Automutilação na adolescência: prevenção e intervenção em psicologia escolar. *Ciência (in) cena*, Bahia, v. 1. N. 5, 157-174, 2017.

GIUSTI, Jackeline Suzie. *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. Tese de Doutorado em Psiquiatria – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. 184 p.

GONÇALVES, Jacqueline Nascimento. “*Vocês acham que me corto por diversão?*” *Adolescentes e a prática da automutilação*. Dissertação de Mestrado em Educação – Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2016. 138p.

GUERREIRO, Diogo Frasquilho; SAMPAIO, Daniel; FIGUEIRA, Maria Luísa. *Relatório da investigação “comportamentos autolesivos em adolescentes:*



**Artigo**

*características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*”. Tese de Doutorado em Psiquiatria – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2014. 13p.

GUERREIRO, Diogo Frasquilho; SAMPAIO, Daniel. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Port Saude Pública*, Portugal, v. 31, n. 2, 213-222, 2013.

GUERTIN, Tracey; LLOYD-RICHARDON, Elizabeth; SPIRITO, Anthony; DONALDSON, Deidri; BOERGERS, Julie. Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 40, n. 9, 1062-1069, 2001.

HAW, Camilla; HAWTON, Keith; HOUSTON, Kelly; TOWNSEND, Ellen. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, Estados Unidos, v. 178, n. 1, 48-54, 2001.

JATOBÁ, Maria Manoella Verde. *O ato de escarificar o corpo na adolescência: uma abordagem psicanalítica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. 93 p.

LE BRETON, David. Antropologie des conduites a risque et scarifications a l'adolescence [Versão Eletrônica]. *Arquivos brasileiros de Psicologia*, França, v. 59, n. 2, 120-131, 2007.

LIDCHI, Victoria; EISENSTEIN, Evelyn. Adolescentes e Famílias no Contexto Médico. Em: Júlio de Mello Filho, *Doença e Família*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2004. 412p.

MESQUITA, Cristina; RIBEIRO, Fátima; MENDONÇA, Liliane; MAIA, Ângela. Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Psicologia da criança e do adolescente*, Lisboa, v. 3, 97-109, 2011.



**Artigo**

OLIVEIRA Abílio; AMÂNCIO Lígia; SAMPAIO Daniel. Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 4, n. 19, 509-521, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2008). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Retirado de <http://bit.ly/2fZ7tji>.

RODRIGUES, Joana dos Reis. *Funcionamento familiar e percepção de rejeição paterna: influência na ocorrência de comportamentos autolesivos na adolescência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), Lisboa, 2015. 62 p.

VIEIRA, Marcos Girardi; PIRES, Marta Helena Rovani; PIRES, Oscar Cesar. Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. *Dor*, São Paulo, n. 14, v. 4, 257-260, 2016.



**Artigo**

**BURNOUT EM ACADÊMICOS DE PSICOLOGIA QUE CONCILIAM  
TRABALHO E ESTUDO**

Jucirleia Ferreira de Medeiros Chaves<sup>1</sup>  
Roberta Vieira de Oliveira<sup>2</sup>  
Jessica Hellen Silva Sousa<sup>3</sup>  
Rebecca Alves Aguiar Athayde<sup>4</sup>  
Silvania da Cruz Barbosa<sup>5</sup>

**RESUMO** - Considerando a necessidade de colaborar com a produção científica, ainda incipiente, que contempla *burnout* em estudantes, esta pesquisa foi desenvolvida em uma faculdade particular do município de Patos-PB, objetivando avaliar se existe diferença nas dimensões da síndrome entre acadêmicos de Psicologia que conciliam estudo e trabalho e os acadêmicos que não possuem vínculo empregatício. Participaram da pesquisa 200 acadêmicos do Curso de Psicologia com idades de 19 a 55 anos, sendo predominante do sexo feminino com (73%). Como instrumentos de coleta de dados, optou-se pela utilização do *Maslach Burnout Inventory-Student Survey* (MBI-SS) e de questões sociodemográficas. Os resultados mostraram alta Exaustão Emocional em 170 estudantes (85%), alta Descrença em 43 estudantes (21,5%) e baixa Eficácia Profissional em 40 estudantes (20%). Em comparação aos estudantes que trabalham e estudam, os acadêmicos que não possuem vínculo empregatício apresentaram médias de classificação mais elevadas na dimensão Exaustão Emocional ( $U = 3489,50$ ;  $p < 0,02$ ) e

<sup>1</sup> Docente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: jucirleia@gmail.com

<sup>2</sup> Discente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: roberta-vieira95@live.com

<sup>3</sup> Discente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: jessicahellemlove@hotmail.com

<sup>4</sup> Docente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: rebeccaathayde@gmail.com

<sup>5</sup> Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: silv.barbosa@gmail.com





### Artigo

inferiores na dimensão Eficácia Profissional ( $U = 311,50$ ;  $p < 0,01$ ), não sendo constatada diferença estatisticamente significativa quanto à Descrença entre os dois grupos. Verificou-se que o período acadêmico tem efeito sobre a Exaustão Emocional ( $\rho = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ) e sobre a Descrença ( $\rho = 0,56$ ;  $p < 0,01$ ), correlacionando-se negativamente com a Eficácia Profissional ( $\rho = -0,41$ ;  $p < 0,01$ ). Julga-se importante o desenvolvimento de ações que melhorem a qualidade de vida na academia e que previnam a ocorrência de *burnout*.

**Palavras-chave:** Acadêmicos de Psicologia, *Burnout*, Trabalho.

**ABSTRACT** - Considering the need to collaborate with the still incipient scientific production that contemplates burnout in students, this research was developed in a private college in the city of Patos-PB, aiming to evaluate if there is difference in the dimensions of the Syndrome among academic psychology that conciliates study and work and academics who have no employment relationship. Participated in the study 200 students of the Psychology Course aged 19 to 55 years, predominantly female (73%). As instruments of data collection, we chose to use the Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) and a Sociodemographic Record. The results showed high Emotional Exhaustion in 170 students (85%), high Disbelief in 43 students (21.5%) and low Professional Effectiveness in 40 students (20%). In comparison to students who work and study, students with no employment relationship had higher grades in the Emotional Exhaustion dimension ( $U = 3489.50$ ,  $p < 0.02$ ) and lower in the Professional Effectiveness dimension ( $U = 311, 50$ ,  $p < 0.01$ ), and no statistically significant difference was found for the disbelief between the two groups. It was verified that the academic period has an effect on Emotional Exhaustion ( $\rho = 0.47$ ,  $p < 0.01$ ) and on Disbelief ( $\rho = 0.56$ ,  $p < 0.01$ ), correlating negatively with Professional Efficacy ( $\rho = -0.41$ ,  $p < 0.01$ ). It is considered important the development of actions that improve the quality of life in the academy, that prevent the occurrence of burnout quality of life in the academy, and that prevent the occurrence of burnout.

**Keywords:** Psychology Scholars, Burnout, Job.



## Artigo

### INTRODUÇÃO

O termo *burnout* começou a ser popularizado no meio científico com Freunderberger, em meados da década de 1970, nos Estados Unidos, referindo-se a uma síndrome caracterizada pelo esgotamento da energia individual em razão do *stress* laboral. O termo vem do inglês *burn-out*, algo como queimar por completo, designando um estado de total ausência de energia, que afeta física e emocionalmente a pessoa (TAMAYO, 2015).

Tamayo e Tróccoli (2002) relatam que, de modo independente e quase simultâneo às pesquisas desenvolvidas por Freunderberg, a psicóloga social Christina Maslach identificou de forma pioneira, a partir de pesquisas com profissionais de serviços sociais e de saúde, que os indivíduos com *burnout* demonstravam atitudes negativas e de distanciamento pessoal, além da exaustão emocional.

Benevides-Pereira (2002) explica que a distinção entre *burnout* e *stress* reside no fato de que, apesar de ambos os fenômenos se caracterizarem pela exaustão emocional, a Síndrome de *Burnout* (SB) afeta componentes atitudinais, de autoavaliação, caracterizados pelo descomprometimento. Ademais, nesta síndrome, as emoções não são reativas, desamparo e desespero são produzidos, há perda de motivação, ideais e esperança e pode levar a depressão e a indiferença. Também verifica-se que o dano primário é emocional e pode fazer com que a vida pareça não valer mais a pena, o que não acontece com o *stress*. Este, aliás, nem sempre tem conotação negativa (*distress*), enquanto que a SB se caracteriza como uma doença.

Na perspectiva psicossociológica, *burnout* é entendido, então, como um processo que se constitui a partir de três dimensões relacionadas, porém independentes: Exaustão Emocional, Despersonalização e diminuição da Realização Profissional (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). A Exaustão Emocional diz respeito ao estresse individual, reflexo de alta exigência no trabalho e da redução dos recursos físicos e emocionais. Já a Despersonalização refere-se à dimensão interpessoal do *Burnout*, em que o indivíduo afetado inclui em seu comportamento com outras pessoas respostas negativas e frias. A diminuição da Realização Profissional refere-se à condição autoavaliativa do sujeito, que passa a se sentir improdutivo (TAMAYO, 2015).

Tamayo (2015) considera a Síndrome de *Burnout* (SB) como questão de saúde pública devido às suas implicações para a saúde física, mental e social dos indivíduos.



### Artigo

Atualmente, *burnout* é percebido como um dos agravos ocupacionais de caráter psicossocial mais significativos na sociedade, tendo os estudos na área se ampliado e buscado identificar possíveis preditores, sendo comum para sua avaliação o uso do *Maslach Burnout Inventory*/MBI (MASLACH et al., 2001).

*Burnout* pode acometer qualquer categoria ocupacional, sendo muito comum em profissionais que exercem atividades de cuidados com os outros (Tamayo, 2015). Embora inicialmente se acreditasse que o *burnout* estava associado exclusivamente a ambientes laborais, atualmente percebe-se que não somente trabalhadores estão vulneráveis à síndrome, mas também mães de crianças nos primeiros anos de vida, padres e estudantes. Estes últimos, por exemplo, precisam enfrentar diversos estressores comuns ao ambiente acadêmico: cobrança, competitividade, falta de tempo para lazer e família, entre outros (CÂMARA, 2006; CARLOTTO; NAKAMURA).

Schaufeli, Martinez, Pinto, Salanova e Bakker (2002) confirmaram a estrutura trifatorial original do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) em estudantes. Nessa população, as dimensões que compõem a SB são: Exaustão Emocional/EE (sentimento de estar exausto devido às exigências acadêmicas); Descrença/DE (atitude cínica e distanciada quanto ao estudo); e baixa Eficácia Profissional/EP (percepção de estar sendo ineficaz em seus estudos). Para Martinez e Pinto (2005), *burnout* em estudantes surge a partir da Exaustão Emocional, seguindo-se a Descrença e o sentimento de baixa Eficácia Profissional.

No caso de acadêmicos de Psicologia, a carga emocional gerida no contato com os usuários, seja a partir de estudos de caso realizados em sala de aula ou nas próprias experiências de estágio, também pode se constituir como decisivo estressor para o *burnout* (TARNOWSKI; CARLOTTO, 2007).

Além disso, pode-se considerar um possível agravante, cada vez mais, jovens trabalhadores têm ingressado na universidade, carregando consigo a responsabilidade de conciliar trabalho e estudo. Partindo, pois, do pressuposto de que, para o aluno trabalhador, o volume de atividades é ainda maior, emergiram as seguintes questões de pesquisa: será que os estudantes de Psicologia apresentam *burnout*? Estudantes de Psicologia que trabalham são mais afetados pela Síndrome de *Burnout* do que aqueles que não possuem vínculo empregatício?

Considerando a necessidade de melhor investigar a relação entre *burnout* e fatores sociodemográficos em estudantes, este estudo objetivou avaliar se existe



### Artigo

diferença nas dimensões da Síndrome entre acadêmicos de Psicologia que conciliam estudo e trabalho e os acadêmicos que não possuem vínculo empregatício.

Além disso, pretendeu-se: caracterizar sociodemograficamente a amostra estudada; verificar os níveis de *burnout* em estudantes que trabalham e naqueles que não possuem vínculos empregatícios e explorar relações existentes entre as dimensões da síndrome de *burnout* e características sociodemográficas da amostra.

### MÉTODO

O estudo adotou um delineamento quantitativo correlacional, em que as dimensões de *burnout* foram consideradas as variáveis-critério, e os dados sociodemográficos, sem, contudo, pressupor relações de causalidade. A pesquisa é do tipo descritivo (as relações entre as variáveis foram feitas sem manipulá-las) e transversal (já que as medições foram feitas num momento específico).

### Participantes

A amostra não probabilística, do tipo por conveniência, foi composta por 200 estudantes do Curso de Psicologia de uma faculdade privada do sertão paraibano. Estes cursavam do primeiro ao décimo período do curso e de ambos os turnos.

### Instrumentos

Foram utilizados, como instrumentos de coleta de dados, um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra e o *Maslach Burnout Inventory – SS (Student Survey)*. O MBI-SS é uma escala do tipo *likert* desenvolvida para avaliar as três dimensões de *Burnout* (EE, EP e DE) especificamente em estudantes, tendo sido adaptada para uso no Brasil por Carlotto e Câmara (2006). O mesmo deriva de uma versão inicial, composta por 47 itens, mas que foi reduzida para 22 itens que demonstram adequação a nível de validade e precisão.



## Artigo

### Procedimento

Foi realizado contato pessoal com a coordenação do Curso de Psicologia, a fim de obter autorização para aplicação dos instrumentos de pesquisa em sala de aula, com permissão do professor, caso estivesse em sala. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, sob o parecer de nº 2.337.086.

Antes de preencher os questionários, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a pesquisadora permaneceu no local de aplicação para esclarecer eventuais dúvidas. Os critérios de inclusão para composição da amostra foram: acadêmicos do curso de Psicologia regularmente matriculados que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE. Os critérios de exclusão foram: acadêmicos do curso de Psicologia que estavam afastados por atestado ou licença médica ou que não estavam presentes no momento da coleta. Também foram excluídos aqueles que estejam matriculados em mais de um curso de nível superior.

### Análise de dados

Os dados foram tratados quantitativamente a partir do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Realizou-se análise de estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência) e, para comparação de médias e correlação, os testes foram escolhidos mediante análise da distribuição de normalidade (Mann-Whitney, Kruskal Wallis e Spearman). O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%.

## RESULTADOS

### Caracterização da amostra

Os dados sociodemográficos indicam que a amostra é predominantemente do sexo feminino (73,5%). A idade variou de 19 a 55 anos, atingindo uma média de 26,12 ( $DP = 7,32$ ). O estado civil da maioria é solteiro (73,5%), seguido da condição de casado (23,5%). A maioria dos estudantes não têm filhos (59,5%). Apenas 45



### Artigo

estudantes da amostra residem no município de Patos (22,5%), sendo que o restante se desloca diariamente de cidades próximas até à faculdade. Um percentual mínimo (1,5%) se incluiu na condição de classe alta, sendo que a grande maioria considera-se pertencente à classe baixa (84%) e o restante à classe média (14,5%).

Os dados sócio-ocupacionais revelam que 134 estudantes trabalham (67%), enquanto 66 somente estudam (33%). Dentre os que trabalham, as atividades mais citadas foram funcionário público, balconista, educador social e caixa de supermercado, sendo que, do total que trabalha, 78 estudantes possuem carteira assinada (58,21%). A jornada semanal dos que trabalham é em média 38,20 horas semanais ( $DP = 14,10$ ).

Em relação ao lazer, a amostra dedica uma média de 14,25 horas semanais ( $DP = 16,18$ ), com destaque para os momentos em família, festas e uso de bebidas alcoólicas. 52 estudantes (26%), porém, afirmaram não ter atividades de lazer.

A amostra se dividiu entre 54 estudantes (27%) que frequentam do 1º ao 5º período do curso e 146 alunos (73%) que estão matriculados do 6º ao 10º. Quanto ao turno de estudo, a amostra incluiu 158 alunos (79%) matriculados à noite e 42 estudantes (21%) que estudam no período diurno. Dentre os alunos consultados, um total de 48 já perdeu disciplina (24%), sendo que 89 alunos (44,5%) afirmaram estar envolvidos em atividades extracurriculares no curso.

### Dimensões da Síndrome de *burnout* na amostra

Foram calculadas as médias individuais dos três fatores integrantes de *burnout*, obtendo-se respectivamente  $M = 4,67$  ( $DP = 1,73$ ) para Exaustão Emocional,  $M = 4,42$  ( $DP = 0,58$ ) para Eficácia Profissional e  $M = 3,18$  ( $DP = 1,25$ ) para Descrença. Este estudo, ao adotar a abordagem psicossocial e utilizar o MBI como instrumento de coleta de dados, considera em *burnout* o indivíduo que apresente elevadas pontuações em Exaustão Emocional e em Descrença, associadas a baixos valores em Eficácia Profissional, pois, quanto a esta dimensão, a escala de pontuação é invertida (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; TAMAYO, TRÓCCOLI, 2002).

Para identificar os níveis alto e baixo de *burnout*, foi utilizado como critério de ponto de corte a frequência na escala *Likert* superior ou igual a 4 (opção "bastante vezes") seguindo as recomendações de Shiron e sugeridos por Gil Monte (GIL-MONTE, 2005; SHIRON, 1989). Os resultados (ver Tabela 1) mostraram alta Exaustão





### Artigo

Emocional em 169 estudantes (84,5%), alta Descrença em 43 estudantes (21,5%) e baixa Eficácia Profissional em 40 estudantes (20%).

Tabela 1  
Burnout em acadêmicos de Psicologia (n = 200)

Fatores de <i>burnout</i>	Média < 4	Frequência %	Média ≥ 4	Frequência %
Exaustão Emocional	30	15	<b>170</b>	<b>85</b>
Eficácia Profissional	<b>40</b>	<b>20</b>	160	80
Descrença	157	78,5	<b>43</b>	<b>21,5</b>

Averiguaram-se também os principais sintomas sinalizados pela amostra, com destaque expressivo, conforme mostra a Tabela 2, para cansaço físico (100%), dores de cabeça (61%) e dores musculares (60%).





**Artigo**

Tabela 2

Sintomas sinalizados por estudantes de Psicologia (n = 200)

Sintomas	Número de sujeitos	Frequência %
Cansaço físico	<b>200</b>	<b>100</b>
Dores de cabeça	<b>122</b>	<b>61</b>
Dores musculares	<b>120</b>	<b>60</b>
Irritabilidade	117	58,5
Uso frequente de bebida alcoólica	95	47,5
Agressividade	106	53
Pouco interesse pelo lazer	105	52,5
Dificuldade de concentração	87	43,5
Dificuldades de memória	86	43
Falta às aulas ou atividades do curso	83	41,5
Uso frequente de cafezinho	75	37,5
Problemas gastrintestinais	75	37,5
Imunodeficiência	72	36,0
Hipertensão	71	35,5
Baixa autoestima	60	30
Pouco interesse por sexo	53	26,5
Vontade de abandonar o curso	51	41,5
Uso de remédio para dormir ou relaxar	32	16

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para verificar o efeito do local de residência sobre a Eficácia Profissional ( $U = 2794,50$ ;  $p < 0,05$ ), sendo que o aluno que reside em outros municípios percebe-se mais eficaz do que os acadêmicos que residem em Patos.

O turno de estudo também exerceu efeito sobre a exaustão emocional ( $U = 2091,00$ ;  $p < 0,01$ ), verificando-se que os acadêmicos que estudam no turno diurno apresentaram maiores médias de classificação quanto à EE do que aqueles que estudam à noite.

Em relação ao envolvimento dos acadêmicos em atividades extracurriculares, observou-se que os alunos participantes pontuaram níveis mais altos quanto à Exaustão Emocional e à Descrença, e mais baixos em termos de Eficácia Profissional (ver Tabela 3).



**Artigo**

Tabela 3  
Comparação das médias dos fatores de burnout entre estudantes que participam de atividades extracurriculares e aqueles que não participam (n = 200)

Fatores de <i>burnout</i>	Participação em atividades extracurriculares	Média	Teste U
Exaustão Emocional	Não	82,70	U = 2963,50
	Sim	<b>122,70</b>	<b>p &lt; 0,01</b>
Eficácia Profissional	Não	<b>108,79</b>	U = 4019,50
	Sim	90,16	<b>p &lt; 0,03</b>
Descrença	Não	90,23	U = 3800,00
	Sim	<b>113,30</b>	<b>p &lt; 0,01</b>

Quanto ao trabalho, verificou-se que os estudantes com vínculo empregatício não estão mais afetados nas dimensões de *burnout* do que os estudantes que não trabalham, visto que os acadêmicos que somente estudam obtiveram médias de classificação mais elevadas em EE e mais baixas em EP, sem apresentar efeito sobre a DE, conforme pode ser visualizado na Tabela 4.

Esse dado faz relação ao estudo de Tomaschewski-Barlem, Lunardi, Lunardi, Barlem, Silveira e Vidal (2014), onde eles também constataram que o trabalho simultâneo à realização do curso não apresenta uma grande significância diante das médias dos fatores do burnout.



**Artigo**

Tabela 4

Comparação das médias dos fatores de burnout entre estudantes que trabalham e estudantes que não trabalham (n = 200)

Fatores de <i>burnout</i>	Trabalha	Média	Teste U
Exaustão Emocional	Não	<b>114,93</b>	U = 3489,50
	Sim	63,50	<b>p &lt; 0,02</b>
Eficácia Profissional	Não	80,64	U = 311,50
	Sim	<b>110,28</b>	<b>p &lt; 0,01</b>
Descrença	Não	101,49	U = 4356,50
	Sim	100,01	p < 0,87

Para averiguar se há diferença em relação às dimensões de *burnout* em alunos matriculados no início do curso e os de final do curso, a amostra foi dividida entre os que cursam do 1º ao 5º período e os que cursam do 6º ao 10º período (Ver Tabela 5).

Tabela 5

Comparação das médias dos fatores de burnout entre estudantes do início e do final do curso (n = 200)

Fatores de <i>burnout</i>	Período	Média	Teste U
Exaustão Emocional	1º ao 5º	47,43	U = 1076,00
	6º ao 10º	<b>120,13</b>	<b>p &lt; 0,01</b>
Eficácia Profissional	1º ao 5º	131,19	U = 7084,50
	6º ao 10º	<b>89,15</b>	<b>p &lt; 0,01</b>
Descrença	1º ao 5º	46,27	U = 1013,50
	6º ao 10º	<b>120,57</b>	<b>p &lt; 0,01</b>

Este estudo confirmou o que já havia sido verificado por Tarnowski e Carlotto (2007): alunos de final de curso apresentam diferença estatisticamente significativa com relação à dimensão de Exaustão Emocional. Porém, os dados vão de encontro quanto ao efeito do período nas demais dimensões, já que, no caso da amostra aqui investigada, também se verificou diferença significativa quanto à Descrença e à Eficácia Profissional.



### Artigo

Aplicou-se o teste de Spearman para verificar correlações significativas em relação à carga horária de trabalho e as dimensões de *burnout* para os estudantes que trabalham. Os resultados mostraram que quanto maior a carga horária, mais elevados os escores para EE e DE e mais baixos para EP (ver Tabela 6).

Tabela 6  
Correlações entre os fatores de burnout e a carga horária de trabalho (n = 134)

Variável	EE	EP	DE
Qtd de horas dedicadas ao trabalho	0,38**	-0,36**	0,42**

Notas: \*\*  $p < 0,01$  (teste de significância bicaudal, com eliminação dos casos em branco através do método *pairwise*).

Destacou-se também a correlação entre as dimensões de *burnout* e idade, horas de lazer e de estudo (ver Tabela 7).

Tabela 7  
Correlações entre os fatores de burnout e os dados sociodemográficos (n = 200)

Variável	EE	EP	DE
Idade	0,15*	-0,15*	0,06
Qtd de horas dedicadas ao lazer	-0,16*	0,14	-0,16*
Qtd de horas dedicadas ao estudo	0,23**	-0,13	0,07

Notas: \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$  (teste de significância bicaudal, com eliminação dos casos em branco através do método *pairwise*).

Já o teste de Kruskal Wallis demonstrou que o tipo de atividade de lazer empregada pelos estudantes tem efeito sobre a Exaustão Emocional ( $X^2 = 22,39$ ;  $p < 0,01$ ), sendo que as médias de classificação mais altas nessa dimensão estiveram associadas à ausência de lazer e ao uso do álcool. O tipo de atividade de lazer também exerce influência sobre a Eficácia Profissional ( $X^2 = 21,74$ ;  $p < 0,01$ ), estando relacionadas às médias de classificação mais baixas, sair para piscina e, outra vez, ausência de atividade de lazer. Quanto à Descrença, também se verificou que o tipo de atividade de lazer tem efeito sobre essa dimensão ( $X^2 = 22,56$ ;  $p < 0,01$ ), destacando-se



### Artigo

a escolha por atividade física e, de novo, à ausência de lazer. Os dados revelam que a ausência de atividades de lazer pode funcionar como um preditor para o *burnout*.

Visto que os estressores acadêmicos são diversos, entende-se que, para a amostra estudada, as demandas acadêmicas, principalmente ao longo dos últimos semestres do curso de formação em Psicologia, têm funcionado como preditores mais decisivos para índices elevados em termos de Exaustão Emocional e a Descrença.

Geralmente, o curso de Psicologia dispõe de estágios práticos, em que os estudantes se deparam com a realidade, percebendo assim as implicações e limitações de seu conhecimento, quando posto em prática. Assim, nos primeiros momentos, os discentes podem experimentar dúvidas, medo e ansiedade relacionados às práticas específicas do psicólogo (CARLOTTO, 2007; TARNOWSKI).

Quando estão estudando as teorias, os acadêmicos acreditam que têm conhecimento suficiente para lidar com a prática, ocasionando frustração quando, diante do estágio, percebem que não tem tanto arcabouço teórico-prático como julgavam. Os maiores temores que eles enfrentam, dessa maneira, relaciona-se à possibilidade de algo dar errado, desservir ou prejudicar o usuário dos serviços de psicologia (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Segundo Franco (2001), no período de formação, os alunos do curso de Psicologia podem passar por momentos de ansiedade e sobrecarga emocional provocada pelas demandas do curso. Nos primeiros semestres, são muitas leituras técnicas e estudos de caso, que podem desestabilizar o aluno. Na reta final do curso, os estágios de longa duração e intensidade fazem com que aumente a ansiedade, tornando os estudantes mais vulneráveis e aumentando a necessidade de que sejam desenvolvidas ações que promovam qualidade de vida no curso e previnam o *burnout*.

### CONCLUSÃO

O trabalho, no caso deste estudo, não demonstrou funcionar como agravante para o desenvolvimento de *Burnout* em estudantes. Porém, o período do curso, com destaque para o 6º período em diante, e a participação em atividades extracurriculares exerceram efeito sobre a Exaustão Emocional e a Descrença, associando-se também a médias mais baixas em Eficácia Profissional.



### Artigo

Diante dos resultados encontrados, é substancial ressaltar a importância do monitoramento e da investigação da SB também em contextos pré-ocupacionais, em razão de que, no Ensino Superior, é significativa a vulnerabilidade ao *burnout* devido às demandas do mundo acadêmico. Os resultados analisados impõem atenção para as médias elevadas em Exaustão emocional. Considerando o caráter processual da síndrome, a Exaustão Emocional é a primeira dimensão a surgir, registrando pontuação mais elevada em comparação às outras dimensões, exatamente como aconteceu com a amostra estudada.

Respeitando as limitações desse estudo, quais sejam a amostra, que não é representativa da população e que foi desproporcional com relação aos grupos avaliados, aponta-se para a necessidade de que sejam desenvolvidos estudos qualitativos que possam melhor conhecer a realidade dos estudantes, suas dificuldades e potencialidades. Ademais, sugere-se a realização de modelos explicativos visando identificar os preditores do *burnout*, bem como o que viria a funcionar como fator de proteção. Sugere-se ainda a promoção de ações que melhorem a qualidade de vida na academia e que previnam a ocorrência da síndrome de *burnout*. Isso é muito importante, tendo em vista o aumento considerável nos índices e na ocorrência de transtorno como depressão e suicídio. Espera-se que este trabalho possa chamar a atenção para essa realidade e inspirar mudanças que venham a melhorar a saúde mental dos estudantes e da sociedade em geral.

### REFERÊNCIAS

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory – Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. Psico-USF, São Paulo, v. 11, n. 2, p.167-174, 2006.



**Artigo**

CARLOTTO, Mary Sandra; NAKAMURA, Antonieta Pepe; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Síndrome de burnout em estudantes universitários da área de saúde. *Psico*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 57-62, 2006.

FRANCO, Sandra Lia Rodrigues. Estudantes de psicologia, eficácia adaptativa e a psicoterapia como medida preventiva em saúde mental. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 41-63, 2001.

GIL-MONTE, Pedro Rafael. El syndrome de quemarse por el trabajo (“burnout”). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid, Pirámide, 2005.

MARTÍNEZ, Izabel Martínez; PINTO, Alexandra Marques. Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal y su relación con variables académicas. *Aletheia*, v. 21, p. 21-30, 2005.

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar; LEITER, Michel. Job burnout. *Annual Review Psychology*, v. 52, p. 397-422, 2001.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. Humanização das relações assistenciais: A formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

SCHAUFELI, Wilmar; MARTINEZ, Izabel Martínez; PINTO, Alexandra Marques; SALANOVA, Mariza; BAKKER, Arnold. Burnout and engagement in university students. *A Cross National Study*, v. 33, n. 5, p. 464-48, 2002.

SHIRON, Arie. Burnout in work organizations. In: Cooper CL, Robertson I [ed.]. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Nueva York: Wiley & Sons; 1989. pp. 25-48.

TAMAYO, Maurício Robayo; TRÓCCOLI, Bartholomeu Torres. Burnout no trabalho. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (Orgs.). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002, pp. 43-63.





**Artigo**

TAMAYO, Mauricio Robayo. Burnout. In BENDASSOLI, P. F., BORGES-ANDRADE, J. E. (Orgs.). Dicionário de psicologia do trabalho e das organizações São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, pp. 139-146.

TARNOWSKI, Marelaine; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout em estudantes de psicologia. Temas em Psicologia, v. 15, n. 2, p. 173-180, 2007.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARD, Guilherme Lunardi; BARLEM, Edison Luiz Devos Barlem; SILVEIRA, Rosemary Silva; VIDAL, Danielle Adriane Silveira. Síndrome de Burnout entre estudantes de graduação em enfermagem de uma universidade pública. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 22, n. 6, p. 934-941, 2014.



**Artigo**

**SÍNDROME DE BURNOUT EM MOTORISTAS QUE TRANSPORTAM  
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

Jucirleia Ferreira de Medeiros Chaves<sup>1</sup>  
Jessica Hellen Silva Sousa<sup>2</sup>  
Roberta Vieira de Oliveira<sup>3</sup>  
Rebecca Alves Aguiar Athayde<sup>4</sup>  
Silvania da Cruz Barbosa<sup>5</sup>

**RESUMO** - Descrita como uma síndrome relacionada à cronificação do estresse devido a fatores laborais, a síndrome de *burnout* tem sido investigada em diversos contextos de trabalho. Todavia, ainda é incipiente a produção científica que estuda o *burnout* em motoristas. Este estudo objetivou avaliar os níveis de *Burnout* e sua correlação com as características sociodemográficas em motoristas que transportam estudantes universitários. Foram utilizados, como instrumentos de coleta de dados, o *Maslach Burnout Inventory – General Survey* / MBI-GS e uma Ficha Sociodemográfica para caracterização da amostra. Os dados foram tratados quantitativamente a partir do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), efetuando-se análises estatísticas descritivas e correlacionais entre os níveis de *burnout* e as características sociodemográficas. As médias obtidas para as três dimensões integrantes de *burnout* foram:  $M = 4,65$  ( $DP = 0,20$ ) para Exaustão Emocional,  $M = 2,71$  ( $dp = 0,62$ ) para Cinismo e  $M = 3,17$  ( $DP = 0,32$ ) para Eficácia no Trabalho. Dentre as variáveis

---

<sup>1</sup> Docente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: jucirleia@gmail.com

<sup>2</sup> Discente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: jessicahellemlove@hotmail.com

<sup>3</sup> Discente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: roberta-vieira95@live.com

<sup>4</sup> Docente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: rebeccaathayde@gmail.com

<sup>5</sup> Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: silv.barbosa@gmail.com



### Artigo

sociodemográficas estudadas, verificou-se correlação significativa apenas entre carga horária de trabalho e Eficácia no Trabalho ( $\rho = 0,27$ ;  $p < 0,01$ ). O teste Kruskal Wallis demonstrou que há efeito da escolaridade sobre a Exaustão Emocional ( $X^2 = 7,26$ ;  $p < 0,03$ ). As médias obtidas parecem indicar que o *burnout* está em desenvolvimento na amostra, tornando importante a promoção de ações que previnam o agravamento deste transtorno mental, em especial, levando-se em consideração que 100% dos motoristas encontram-se afetados no tocante à Exaustão Emocional e à baixa Eficácia no Trabalho.

**Palavras-chave:** *Burnout*, Motoristas, Saúde mental, Trabalho.

**ABSTRACT** - Described as a syndrome related to chronic stress due to labor factors, burnout syndrome has been investigated in several work contexts. However, the scientific production that studies burnout in drivers is still incipient. This study aimed to evaluate the levels of Burnout and its correlation with the sociodemographic characteristics in drivers who transport university students. As a data collection instrument, the Maslach Burnout Inventory - General Survey / MBI-GS and a Sociodemographic Data Sheet were used to characterize the sample. The data were treated quantitatively from the Statistical Package for Social Science (SPSS), and descriptive and correlational statistical analyzes were carried out between burnout levels and socioedemographic characteristics. The means obtained for the three dimensions of burnout were:  $M = 4.65$  ( $dp = 0.20$ ) for Emotional Exhaustion,  $M = 2.71$  ( $dp = 0.62$ ) for Cynicism and  $M = 3.17$  ( $dp = 0.32$ ) for Work Efficacy. Among the sociodemographic variables studied, a significant correlation was found only between workload and Work Efficacy ( $\rho = 0.27$ ,  $p < 0.01$ ). The Kruskal Wallis test showed that there is an effect of schooling on Emotional Exhaustion ( $X^2 = 7.26$ ,  $p < 0.03$ ). The averages obtained seem to indicate that burnout is developing in the sample, making it important to promote actions that prevent the worsening of this mental disorder, especially considering that 100% of the drivers are affected in relation to Emotional Exhaustion and low Efficacy at Work.

**Keywords:** *Burnout*, Drivers, Mental Health, Work.



## Artigo

### INTRODUÇÃO

Uma das principais funções do trabalho é garantir os recursos necessários para a sobrevivência humana. Além disso, o trabalho permite ao homem autorrealização, ampliar suas relações interpessoais, construir sua identidade e ter prazer. Porém, a percepção de fatores estressantes presentes no ambiente laboral, tais como condições de trabalho inadequadas, ambientes precários, vínculos empregatícios frágeis, entre outros, podem interferir diretamente no bem-estar do indivíduo, gerando desgaste e sofrimento (DEJOURS, 1996).

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o estresse se dá quando a avaliação sobre um determinado evento ou situação indica que não existem recursos suficientes para o seu enfrentamento. Desta forma, a pessoa começa a apresentar uma série de sintomas psicossomáticos que se intensificam, podendo acarretar, caso este estado perdure, sérios problemas de saúde física e psíquica.

O estresse característico do ambiente de trabalho é denominado estresse ocupacional. Quando ocorre a cronificação do estresse ocupacional, pode ocorrer, como resposta, o que tem sido designado de síndrome de *burnout* (SB). Para Harrison (1999), *burnout* é o resultado do estresse crônico típico do ambiente de trabalho, principalmente quando estão presentes situações de excessiva pressão, conflitos, poucas recompensas emocionais e insuficiente reconhecimento.

A síndrome de *burnout* foi inicialmente estudada pelo psiquiatra Freudenberg (1974), que atribuiu sua ocorrência a uma exaustão extrema devido ao excesso de trabalho. A origem do termo *burnout* relaciona-se a “queimar-se”, ser destruído pelo fogo de dentro pra fora. Ou seja, na síndrome, os profissionais, aos poucos, vão se sentindo consumidos pelo trabalho (TAMAYO; TRÓCOLLI, 2002). Para o Ministério da Saúde, a síndrome de *Burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional é uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos presentes no ambiente de trabalho (BRASIL, 2001).

A década de 1970, em relação à produção sobre *burnout*, foi marcada pelos estudos exploratórios (perspectiva clínica), obtendo-se como principal contribuição a descrição da síndrome como processo. Na década posterior, expandiram-se os estudos empíricos (perspectiva psicossociológica), com foco na sistematização e na avaliação quantitativa (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).



### Artigo

A percepção de Freudenberger sobre o esgotamento profissional surgiu em meio a sua pesquisa realizada com voluntários de uma instituição para dependentes de drogas, em que o mesmo percebeu perda de estímulo para prosseguir por parte dos voluntários em questão. Observou, em suas pesquisas, a falta de motivação e de comprometimento com os voluntariados, além do surgimento de sintomas físicos (GIL-MONTE; PEIRU, 1997).

Logo no ano seguinte, a psicóloga social Christina Maslach também passou a estudar *burnout*, enquanto doença ocupacional constituída de três dimensões, independentes, porém relacionadas: Exaustão Emocional, Despersonalização e diminuição da Realização Profissional (MASLACH et al., 2001).

A Exaustão Emocional, construto individual do *burnout*, corresponde ao esgotamento emocional no âmbito laboral, a fadiga. A Despersonalização, por sua vez, está ligada ao componente interpessoal da síndrome: o indivíduo passa a apresentar atitudes negativas, tendendo a se distanciar dos colegas de trabalho e superiores e atendendo mal aos que precisam de seus serviços. Já a diminuição da Realização Profissional está ligada a autoavaliação do indivíduo, marcada pelo sentimento de incompetência frente ao desempenho laboral (MASLACH et al., 2001).

A SB interfere, de forma negativa, na vida pessoal e social do trabalhador. Sua relação com o trabalho fica comprometida, já que sua produtividade decresce, repercutindo também no âmbito organizacional. É muito comum em profissionais que exercem atividades de contato frequente e intenso com os outros, como exemplo, profissionais de saúde e educadores. Todavia, tem se confirmado, também, o acometimento pela síndrome em diversas profissões e até mesmo em estudantes (CARLOTTO; NAKAMURA; CÂMARA, 2006).

Motoristas de ônibus enfrentam dificuldades diversas no contexto laboral: relações desgastadas com passageiros, risco de assaltos, estradas sem manutenção, trânsito caótico, remuneração inadequada, veículos precários, pouco reconhecimento pelo trabalho que desenvolve e a constante possibilidade de envolver-se em acidentes, o que configura risco de vida para si próprio e para os passageiros (MENDES, 2004).

Nesse contexto, todos os dias muitos estudantes deixam suas residências em cidades circunvizinhas com destino a Patos para cursar uma universidade. Em muitos casos, isso só é possível devido ao trabalho realizado por motoristas que transportam estes estudantes, que estacionam seus veículos próximos à antiga rodoviária da cidade, enquanto os alunos assistem às aulas.



### Artigo

A rotina diária desses trabalhadores não foi ainda alvo de investigação e, até mesmo na literatura nacional, também são poucos os estudos que abordam a síndrome de *burnout* em motoristas (GIANASI, 2004; NÓBREGA, 2015), sendo mais comum sua relação em trabalhadores das áreas de saúde e educação.

Ante o exposto, adotou-se como objetivo desse estudo: avaliar os níveis de *Burnout* e sua correlação com as características sociodemográficas em motoristas que transportam estudantes universitários. Como objetivos específicos, buscou-se: caracterizar sociodemograficamente a amostra, verificar a ocorrência de *burnout* nos motoristas e relacionar variáveis sociodemográficas às dimensões da SB.

### MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo, correlacional e com corte transversal. As três dimensões de *burnout* foram adotadas como variáveis-critério e os dados sociodemográficos, como variáveis independentes destas, porém sem que se suponha-relação de causalidade. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, a partir do parecer nº 2.374.283.

### Participantes

A amostra foi composta por 100 motoristas que transportam estudantes universitários, mediante critério acidental não probabilístico, visando promover a participação voluntária do maior número possível de sujeitos na pesquisa, por acessibilidade ou conveniência.

Os critérios de inclusão para composição da amostra foram: motoristas que transportem estudantes universitários para Patos-PB, aguardando os estudantes nos arredores da antiga rodoviária e que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE. Os critérios de exclusão foram: motoristas que aguardam os estudantes assistirem às aulas em localidades mais distantes do centro de Patos-PB.



## Artigo

### Instrumentos

Utilizou-se um questionário com inquéritos sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, filhos) e laborais (se trabalha somente como motorista, horas semanais de trabalho, tipo de vínculo empregatício).

Os motoristas também responderam a escala *Maslach Burnout Inventory-General Survey* / MIB-GS, validada no Brasil por Schuster, Dias, Battistella e Grohmann (2014). A MBI-GS possui três dimensões designadas de: Exaustão Emocional (EE), com cinco itens; Cinismo (CI), com quatro itens; e Eficácia no Trabalho (ET) também com seis itens.

Schuster, Dias, Battistella e Grohmann (2014, p. 31) descrevem as dimensões de *burnout* no MBI-GS como sendo: EE, “[...] a dimensão de estresse básica individual, associada à sensação de estar sobrecarregado e esgotado emocional e fisicamente”; CI, “[...] a dimensão interpessoal, apresentando-se como uma resposta negativa, insensível, ou excessivamente aos vários aspectos do trabalho”; e ET, “a dimensão de autoavaliação que traz sentimentos de incompetência e falta de realização e produtividade no trabalho”.

O MBI-GS é uma escala do tipo *likert*, que varia de 0 ao 6, sendo 0 = nunca; 1 = algumas vezes ao ano ou menos; 2 = uma vez por mês ou menos; 3 = algumas vezes durante o mês; 4 = uma vez por semana; 5 = algumas vezes durante a semana; 6 = todo dia.

### Procedimento

Primeiramente foi realizado contato pessoal com os motoristas, no local em que estacionam os ônibus e esperam os estudantes concluírem as aulas, tendo sido os objetivos explanados e o TCLE entregue, assinado e recolhido. Os instrumentos foram aplicados dentro do tempo previsto de 20 minutos.

Para o processamento e a análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences/SPSS*, onde análises de estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência) e correlacionais foram desenvolvidas. O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%.





**Artigo**

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

**Caracterização da amostra**

Os dados sociobiográficos indicam que a amostra é composta por 98 motoristas do sexo masculino (98%) e 02 motoristas do sexo feminino (2%), com idade média de 46,37 anos ( $DP = 14,46$ ), variando entre 23 e 70 anos. O estado civil da maioria é casado (54%), seguido da condição de divorciado (35%), solteiro (9%) e viúvo (2%).

Quanto ao sexo, predominantemente masculino, resultados semelhantes foram encontrados em estudos desenvolvidos por Ribeiro (2012), Gianasi (2009) e Sousa (2005). Apesar de ser permitido o acesso de mulheres à profissão de motorista, ainda há um estereótipo sobre esta ser uma atividade para homens (NÓBREGA, 2015). Os estudos citados também caminham na mesma direção deste, nos achados sobre estado civil e escolaridade.

A maioria dos motoristas tem de 1 a 3 filhos (84%), contudo há uma boa parcela sem filhos (11%) e um número menos expressivo que têm 4 ou 5 filhos (5%). O grau de escolaridade predominante é o Ensino Médio (91%). Nenhum motorista se incluiu na condição de classe alta, sendo que a grande maioria considera-se pertencente à classe baixa (86%) e o restante à classe média (14%).

Os dados sócio ocupacionais demonstram que a expressiva maioria dos motoristas (92%) possui outro trabalho além de transportar estudantes universitários. Quanto ao vínculo empregatício, 89% possui carteira assinada ou é efetivo. O tempo de serviço no emprego de motorista de transporte para universitários variou de 6 a 80 meses, obtendo-se uma média de 45,83 meses ( $DP = 23,85$ ). O tempo dedicado à ocupação de transportar os estudantes computa uma média de 5,47 horas diárias ( $DP = 0,99$ ).

Apesar de terem sido inqueridos sobre os fatores mais estressantes de sua profissão, os motoristas não se expressaram de forma escrita. Sugere-se, nesse sentido, que novos estudos sejam realizados, utilizando outros instrumentos de coleta de dados, como a entrevista, visando acessar mais sobre a vida laboral desses profissionais.



**Artigo**

**Síndrome de *burnout* em motoristas**

Foram calculadas as médias individuais das três dimensões integrantes de *burnout*, obtendo-se respectivamente  $M = 4,65$  ( $DP = 0,20$ ) para Exaustão Emocional,  $M = 2,71$  ( $DP = 0,62$ ) para Cinismo e  $M = 3,17$  ( $DP = 0,32$ ) para Eficácia no Trabalho.

Vale destacar que, na perspectiva psicossociológica, considera-se que o indivíduo apresenta *burnout* quando combina altos índices de Exaustão Emocional e Cinismo e baixos índices de Eficácia no Trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002).

Neste estudo, adotou-se como critério de ponto de corte para identificar os níveis altos e baixos de *burnout* a frequência de respostas na escala *Likert* igual ou superior a 4 (opção "uma vez por semana"), conforme sugerido por Shirom (1989). Os resultados (ver Tabela 1) mostram alta Exaustão Emocional e baixa Eficácia no Trabalho nos 100 motoristas (100%). Contudo, somente se constatou alto Cinismo em 02 sujeitos (2%).

Tabela 1  
Burnout em motoristas que transportam estudantes universitários (n = 100)

Dimensões de <i>burnout</i>	Média	Frequência	Média	Frequência
	< 4	%	≥ 4	%
Exaustão Emocional	0	0	<b>100</b>	<b>100</b>
Cinismo	98	98	<b>02</b>	<b>2</b>
Eficácia no Trabalho	<b>100</b>	<b>100</b>	0	0

Os dados revelam uma situação preocupante no tocante à EE e à ET, já que *burnout* é um processo cumulativo, que se desenvolve ao longo do tempo, sendo que a EE é a primeira dimensão a ser comprometida, seguida da Eficácia no Trabalho (MASLACH et al., 2001).

Utilizando-se o teste de Mann-Whitney, pode-se verificar que as dimensões de *burnout* não sofreram influência em relação à variável sexo. Do mesmo modo, o fato de terem ou não mais de um vínculo empregatício ou de possuírem carteira assinada também não exerceu efeito sobre as dimensões da SB.

Verificou-se também os principais sintomas sinalizados pela amostra. Os resultados, considerando a ordem de frequência de respostas, destacaram cansaço físico



**Artigo**

(100%), dificuldades de memória (84%) e dores musculares (82%), assim como mostra a Tabela 2.

Tabela 2  
Sintomas sinalizados por motoristas (n = 100)

<b>Sintomas</b>	<b>Percentual</b>
Cansaço físico	<b>100%</b>
Dificuldades de memória	<b>84%</b>
Dores musculares	<b>82%</b>
Dores de cabeça	71%
Uso frequente de cafezinho	70%
Irritabilidade	66%
Imunodeficiência	55%
Uso frequente de bebida alcoólica	53%
Hipertensão	52%
Problemas gastrintestinais	51%
Baixa autoestima	42%
Dificuldade de concentração	39%
Agressividade	33%
Pouco interesse pelo lazer	32%
Sentimento de solidão	27%
Uso frequente de remédio para se manter acordado	21%
Uso frequente de remédio para dormir ou relaxar	9%

Idade, quantidade de filhos e tempo de serviço foram variáveis que também não estabeleceram correlação significativa com as dimensões da síndrome. Contudo, o teste de *Spearman* demonstrou que a carga horária de trabalho se correlacionou significativamente com a Eficácia no Trabalho ( $\rho = 0,27$ ;  $p < 0,01$ ), mas não com a Exaustão Emocional e o Cinismo.

O teste Kruskal Wallis apontou que há efeito da escolaridade sobre a Exaustão Emocional ( $X^2 = 7,26$ ;  $p < 0,03$ ), estando os mais escolarizados, sentindo-se mais exauridos. O CI e a ET não foram influenciados pela escolaridade e as variáveis estado civil e situação sócio-econômica também não tiveram efeito sobre as dimensões de *burnout*.



### Artigo

Os motoristas que transportam estudantes universitários representam categoria importante para a sociedade, inclusive devido a responsabilidade, de abrangência coletiva, que incorpora em sua atividade diária. Neste estudo, foram encontradas poucas associações entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões de *burnout*, o que salienta a necessidade de realização de outras pesquisas que possam permitir melhor conhecer a realidade desses profissionais.

Diante do exposto, estima-se que o presente trabalho cumpriu com seu objetivo, apresentando os níveis de síndrome de *burnout* numa população pouco estudada, que são os motoristas. Entretanto, algumas limitações precisam ser apontadas, como o fato de que trabalhou-se com uma amostra muito restrita de motoristas, do sertão paraibano, não podendo generalizar estes resultados para a população geral. Em estudos futuros, pode-se ampliar a amostra, comparando os níveis de *burnout*, por exemplo, entre interior e capital. Também pode-se pensar em estudos de natureza correlacionais, visando verificar variáveis correlatas e fatores de proteção.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama revelado pelo presente estudo é preocupante, considerando que 100% dos motoristas encontram-se afetados no tocante à Exaustão Emocional e a baixa Eficácia no Trabalho. A associação entre Eficácia no Trabalho e carga horária pode ser indicativo de que, para os motoristas, ser eficaz significa dirigir por muitas horas. O efeito da escolaridade sobre a Exaustão Emocional pode sugerir que os motoristas mais escolarizados se sentem mais exauridos emocionalmente por nutrirem expectativas profissionais mais elevadas.

Considerando o caráter processual do *burnout*, a análise dos resultados parece indicar que o processo se encontra em curso na amostra estudada, o que sugere o desenvolvimento de ações que possam prevenir o agravamento da síndrome. Ademais, recomenda-se a realização de estudos que possam investigar as fontes de desgaste físico e mental que permeiam as condições de trabalho dos motoristas e sua relação com o *burnout*, visando melhor compreender os elevados níveis de Exaustão Emocional e reduzida Eficácia no Trabalho verificados na amostra. Também aponta-se para a necessidade de realizar programas de intervenção, tendo em vista dirimir os riscos a incidência do *burnout* e, consecutivamente, promover qualidade de vida.



**Artigo**

**REFERÊNCIAS**

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

CARLOTTO, Mary Sandra; NAKAMURA, Antonieta Pepe; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Síndrome de burnout em estudantes universitários da área de saúde. *Psico*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 57-62, 2006.

DEJOURS, Christopher. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: J-F Chanlat (Coord.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

FREUDENBERGER, Herbert J. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, v. 30, p. 159-165, 1974.

GIANESI, Luciana Bezerra de Sousa. As fontes de desgaste físico e emocional e a síndrome de burnout no setor de transporte coletivo urbano de Natal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-graduação em Psicologia, 2004.

GIL-MONTE, Pedro Rafael. El syndrome de quemarse por el trabajo (“burnout”). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid, Pirámide, 2005.

HARRISON, B. J. Are you to burn out? *Fund Raising Management*, v. 30, n. 3, p. 25-28, 1999.

LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.



**Artigo**

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar; LEITER, Michel. Job burnout. *Annual Review Psychology*, v. 52, p. 397-422, 2001.

MENDES, Luiza de Rezende. O trabalho do motorista de ônibus: reflexões sobre as condições de trabalho no transporte coletivo. In: J. R. S. SAMPAIO. *Qualidade de vida no trabalho e psicologia social*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

NÓBREGA, João Ricardo Soares. Síndrome de Burnout em motoristas de ônibus no município de João Pessoa -PB. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Santos, 2015.

SCHUSTER, Marcelo da Silva; DIAS, Valéria da Veiga; BATTISTELLA, Luciana Flores; GROHMANN, Márcia Zampieri. MBI-GS: aplicação e verificação psicométrica na realidade brasileira. *Revista de Administração FACES Journal*, v. 13, n. 4, p. 26-38, 2014.

SHIRON, Arie. Burnout in work organizations. In: Cooper CL, Robertson I [ed.]. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Nueva York: Wiley & Sons; 1989. pp. 25-48.

SOUSA, Aldineia Ferreira. Estresse ocupacional em motoristas de ônibus urbano: o papel das estratégias de coping. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia, 2005.

TAMAYO, Maurício Robayo; TRÓCCOLI, Bartholomeu Torres. Burnout no trabalho. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (Orgs.). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002, pp. 43-63.



**Artigo**

**BURNOUT EM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM CENTRO DE  
ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**BURNOUT IN NURSING TECHNICIANS IN MEDICAL SPECIALTIES  
CENTER**

Marly Rufino de Almeida<sup>1</sup>  
Joselito Santos<sup>2</sup>  
Tatiana Cristina Vasconcelos<sup>3</sup>

**RESUMO** - O Burnout caracteriza-se como uma resposta ao estresse ocupacional crônico e atividade laborativa em dissonância com as expectativas do indivíduo frente à realidade do ambiente de trabalho, decorrente do esforço do indivíduo para corresponder a exigências sociais e das organizações. O objetivo do trabalho é verificar a incidência da Síndrome de Burnout em trabalhadores técnicos de enfermagem do Centro de Especialidades Médicas na cidade de Patos - PB. Utilizou-se um questionário sóciodemográfico, acrescido do instrumento Maslach Burnout Inventory, ambos do sexo feminino. Com relação às dimensões de Burnout, 26,66 % dos técnicos de enfermagem apresentaram manifestações de Burnout e 26,66 % manifestaram um elevado risco para o desenvolvimento desta síndrome. Identifica-se a necessidade de atividades preventivas e de promoção à saúde com vistas ao maior conhecimento, divulgação e compreensão dos profissionais acerca da Síndrome de Burnout. Sugere-se a realização de estudos futuros que possibilitem ampliar a amostra, para outras instituições de saúde.

**Palavras-chave:** Estresse. Síndrome de burnout. Técnicos de Enfermagem. Trabalho.

<sup>1</sup> Psicóloga pelas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: marlyalmeidapsic@hotmail.com

<sup>2</sup> Mestre e Doutor pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: jslit02012@gmail.com

<sup>3</sup> Graduada e Mestre em Psicologia (UFPB) Doutora em Educação (UERJ). Docente do Curso de Pedagogia da Universidade Estadual da Paraíba e do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: vasconcelostc@yahoo.com.br





**Artigo**

**ABSTRACT** - Burnout is characterized as a response to chronic occupational stress and labor activity in dissonance with the expectations of the individual against the reality of the work environment, resulting from the effort of the individual to respond to social and organizational demands. The objective of this study was to verify the incidence of Burnout Syndrome in nursing technician workers of the Center of Medical Specialties in the city of Patos - PB. A sociodemographic questionnaire was used, plus the Maslach Burnout Inventory, both female. Regarding the dimensions of Burnout, 26.66% of the nursing technicians presented Burnout manifestations and 26.66% showed a high risk for the development of this syndrome. It identifies the need for preventive and health promotion activities in order to increase knowledge, dissemination and understanding of professionals about Burnout Syndrome. It is suggested that future studies be carried out to expand the sample to other health institutions.

**Keywords:** Stress. Burnout Syndrome. Nursing technicians. Job.

## INTRODUÇÃO

O Burnout é definido como uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica no trabalho. O termo Burnout foi inicialmente utilizado por Schwartz; Will (1953) para a descrição do caso de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com o seu trabalho. O caso ficou conhecido como “Miss Jones”. Em 1960, Graham Greene publica o relato do caso de um arquiteto que abandonou a sua profissão devido a sentimentos de desilusão com o seu ofício. Esta publicação foi denominada de “A Burn-Out Case” (CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

O fenômeno psicológico foi abordado em 1974, pelo psiquiatra Herbert Freudenberger, a partir da observação do comportamento manifestado pelos voluntários de uma instituição de drogados, após o primeiro ano de serviço. Este comportamento caracterizava-se pela diminuição gradual da energia e perda da motivação e do comprometimento, acompanhadas de sintomas de caráter psíquico e físico (FREUDENBERGER; RICHELSON 1980; SCHAUFELLI; BUUNK, 1996).



### Artigo

Durante seus estudos Christina Maslach, psicóloga social e pesquisadora da Universidade da Califórnia, adotou o termo Burnout como resultado de investigação sobre a influência dos fatores emocionais relativos do trabalho no comportamento dos profissionais de serviços humanos como enfermeiras, médicos, psiquiátricas, assistentes sociais, advogados (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002).

Em meados da década de 1970 esta questão emergiu com mais destaque devido a um conjunto de fatores econômicos, sociais e históricos. Trabalhadores norte-americanos, de ambos os sexos, tiveram a oportunidade de buscar trabalhos mais promissores na expectativa de conquistar maior gratificação e satisfação no trabalho. Contudo, este “novo” trabalho muitas vezes se apresentava como mais profissionalizado, burocratizado e individualizado (isolado). A combinação destes fatores produziu um cenário onde contracenavam altas expectativas de satisfação com pouco reconhecimento e muitas frustrações. Portanto, a base propícia para se desenvolver Síndrome de Burnout (CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

Maslach; Leiter (1997) concordam com Vasques-Menezes (2010) ao abordarem que as proporções epidêmicas tomadas pelo burnout interferem diretamente na rotina do indivíduo, e que o ambiente de trabalho atual frio, hostil e muito exigente, sob os pontos de vista econômico e psicológico estão levando as pessoas à exaustão emocional e física. Os autores identificaram ainda seis fontes de desajuste pessoa-trabalho que podem levar ao Burnout: sobrecarga de trabalho, falta de controle, recompensas ineficientes, falta de convivência coletiva, falta de justiça e conflito de valores.

O Burnout é uma síndrome multidimensional constituída por exaustão emocional, desumanização e reduzida realização pessoal (BENEVIDES-PEREIRA, 2013). Está relacionada ao meio laboral e ocorre pela cronificação do estresse (SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012; TRIGO, 2010) e difere do estresse ocupacional já que a síndrome sempre tem um caráter negativo (TAMAYO; MENDONÇA; SILVA, 2012).

Diante da progressiva jornada de trabalho dos profissionais de saúde de modo em geral, tem se disseminado o termo estresse/exaustão como característica própria do mundo do trabalho. Neste mundo há exigências, inadequações físicas e espaciais, esforço contínuo de um vertente que visa à captação do trabalho. Muitas vezes esse ambiente não está voltado para a importância da motivação do trabalhador, nem seu bem estar físico, mental e social no tocante à interação com o grupo e com o público atendido. O processo de esgotamento profissional, sobretudo, tem sido um termo usado



### Artigo

por Freudenberger (1974) como sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e de recursos.

Dentro do estudo buscou-se dar ênfase a alta exposição de profissionais técnicos de enfermagem a condições de risco não apenas químico e biofísico como conhecemos, mas a enfrentamento de situações de extrema dor, sofrimento como perdas, estado patológicos terminais. Dentro dessa assistência os técnicos de enfermagem são diretamente afetados por essas situações que necessitam de uma boa disponibilidade emotiva e psicológica. Benevides-Pereira (2002) afirma que o desempenho destes profissionais envolve uma série de atividades que necessitam forçadamente de um controle mental e emocional muito maior que em outras profissões.

A história de grande envolvimento subjetivo com o trabalho, função, profissão ou empreendimento assumido, que muitas vezes ganha o caráter de missão; sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo (exaustão emocional); queixa de reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo ao público que deveria receber os serviços ou cuidados (despersonalização); queixa de sentimento de diminuição da competência e do sucesso no trabalho (BRASIL, 2001). O Burnout é a resposta a um estado prolongado de estresse, ocorre pela cronificação deste, quando os métodos de enfrentamento falharam ou foram insuficientes. Enquanto o estresse pode apresentar aspectos positivos ou negativos, o Burnout tem sempre um caráter negativo. Por outro lado, o Burnout está relacionado com o mundo do trabalho, com o tipo de atividades laborais do indivíduo (BENEVIDES-PEREIRA et al., 2003).

A Exaustão Emocional (EE), diz respeito à sensação de não se dispor de nem mais um resquício de energia, seja mental ou física, para levar adiante as atividades laborais. Esta dimensão traz consigo uma série de sintomas psicossomáticos que acarretam absenteísmo e afastamento por problemas de saúde. É a dimensão central da síndrome e diretamente relacionada ao estresse (BENEVIDES-PEREIRA, 2009). O tratamento da síndrome de Burnout envolve psicoterapia, pois se refere a um processo de desinvestimento afetivo no trabalho que antes era objeto de todo ou grande parte do processo de investimento, portanto, o mesmo necessita de tempo e espaço para repensar sua inserção no trabalho e na vida.

Tratamento farmacológico, a prescrição de antidepressivos e/ou ansiolíticos está indicada de acordo com a presença antidepressiva e de esquemas posológicos possíveis e deve ser acompanhada por especialista. Intervenções psicossociais, uma das características centrais do Burnout é o afastamento do trabalho, comprometendo o



### Artigo

desempenho profissional e, muitas vezes, a própria capacidade de trabalhar, cabe ao médico avaliar cuidadosamente a indicação do afastamento ao trabalho e o retorno quando o mesmo encontrar-se recuperado, entretanto a intensidade da prescrição de cada um depende de seus recursos terapêuticos depende da gravidade e da especificidade de cada caso (BRASIL, 2001).

Atualmente, para qualificar a síndrome de burnout em profissionais existem três versões de um inventário desenvolvido por Maslach; Leiter (1999) que o instrumento mais utilizado, conhecido como MBI (Maslach Burnout Inventory): a versão dirigida aos profissionais de saúde MBI-HSS (1986), que tem a tradução validada para a língua portuguesa por Benevides-Pereira (2010), constituída por 22 itens que é dividido em três dimensões: exaustão emocional(9 itens), despersonalização(5 itens) e realização pessoal (8 itens).

De acordo com Lipp (2006), a profissão e o trabalho irão determinar grande parte de nossas vidas. Portanto, o trabalho satisfatório determina prazer, alegria e saúde. Contudo, quando o trabalho é desprovido de significação, não é reconhecido ou é fonte de ameaças à integridade física e/ou psíquica, acaba gerando sofrimento no trabalhador. Considerando a atuação profissional uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização (BRASIL, 2001).

Quanto à prevenção a equipe de técnicos de enfermagem, Gil-Monte (2003) sugere medidas como evitar o excesso de horas extras, propiciar condições de trabalho atrativas e gratificantes, modificar os métodos de prestação de cuidados, reconhecer a necessidade de educação permanente e investir no aperfeiçoamento profissional (por exemplo, formação em assertividade), dar suporte social e fomentar a sua participação nas decisões que podem contribuir gradativamente na prevenção (BRASIL, 2001).

O declínio do cuidado prestado nas atividades laborativas do profissional técnico de enfermagem pode está relacionada ao elevado índice de Burnout. Uma vez que todos esses trabalhadores estão em contato direto com o público, pois tem que dedicar atenção e cuidados intensivos aos seus pacientes. A enfermagem, segundo Carvalho; Magalhães (2013) é a profissão da área de saúde que mais se expõem aos riscos do trabalho, pois se constitui como maior grupo de trabalhadores da área, prestando assistência ininterrupta, executando a maioria das ações de saúde.

O presente estudo buscou verificar se há incidência ou não da Síndrome de Burnout pelos trabalhadores técnicos de enfermagem do Centro de Especialidades Médicas na cidade de Patos - PB. A pesquisa traçou os seguintes objetivos específicos:



### Artigo

estabelecer o nível de burnout na amostra de participantes; determinar o perfil sociodemográfico apresentado pela categoria profissional participante no estudo, verificar as correlações entre os mesmos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de levantamento quantitativo da incidência de Síndrome de Burnout na população estudada. O presente estudo foi desenvolvido com profissionais técnicos de enfermagem, atuantes em um Centro de Especialidades Médicas na cidade de Patos-PB. O critério de escolha da instituição de saúde foi à acessibilidade aos participantes da pesquisa e da coordenação do local em incentivar tendo em vista a importância do estudo para a instituição.

Participaram da pesquisa 15 indivíduos, do sexo feminino, com idades variadas entre 25 a 65anos. Os participantes da pesquisa compõem o quadro de funcionários do Centro de Especialidade Médicas Frei Damião, a pesquisa abrange todo o percentual de técnicos de enfermagem existente no referido local da pesquisa. A pesquisa trata-se de um delineamento descritivo exploratório de análise quantitativo. A amostra será caracterizada por ser não probabilística por conveniência.

Os instrumentos para a avaliação nesse estudo são os seguintes: questionário sociodemográfico; Inventário de Maslach Burnout. A seguir são elencados cada um desses instrumentos:

### Questionário Sociodemográfico

O questionário é uma técnica de investigação composta por um número elevado de questões apresentadas por escrito aos participantes da pesquisa (GIL, 1994). Na pesquisa utilizou-se de questionário do tipo sociodemográfico que teve como finalidade obter um perfil sociodemográfico da amostra estudada. O questionário contou de 10 perguntas a exemplo de idade, renda familiar, escolaridade, tempo de serviço e carga horária.

Segundo González Rey (2010), a resposta do sujeito ao questionário permite o acesso às respostas mediadas pelas representações sociais e pelas crenças dominantes no



### Artigo

cenário social em que se aplica o instrumento, obtendo informações objetivas da experiência do sujeito.

#### Maslach Burnout Inventory-MBI

A escala de avaliação de Burnout conhecida como Maslach Burnout Inventory ou MBI, criada por Christina Maslach (MASLACH et al., 1996), foi utilizada nesse estudo para mensurar o indicativo de esgotamento profissional. Trata-se de uma escala de autoavaliação de tipo Likert em que é pedido ao sujeito que avalie, em sete possibilidades, com que frequência sente um conjunto de sentimentos expressos em frases.

Atualmente existem três versões distintas em função da área profissional do respondente: uma versão com 22 itens para profissionais da área da saúde (MBI-HSS, 68 de Human Services Survey), uma versão com o mesmo número de itens adequada a quem trabalha em contextos educacionais (MBI-ES) e uma versão de 16 itens adaptada à população trabalhadora em geral (MBI-GS).

Para a análise dos dados obtidos foram utilizados os valores da escala do *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, traduzido e adaptado pelo GEPEB (Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e Burnout) segundo Benevides-Pereira (2010), a versão adotada neste estudo foi a MBI-HSS, 1986, composta por 22 itens que varia de 0 (nunca) a 6 (todos os dias). São eles:

- Esgotamento Emocional – (EE) avaliados por 9 questões, são elas; 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20.
- Despersonalização – (DE) por 5 questões 5, 10, 11, 15 e 22.
- Baixa Realização Profissional - (BRP) com 8 questões 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21.

Seus itens são divididos em três dimensões: nove itens relativos à Exaustão Emocional; cinco à Despersonalização e oito à Realização Profissional (Anexo B).

O MBI ainda não está disponível para comercialização no Brasil, no entanto a editora que detém os direitos autorais disponibiliza apenas para fins de pesquisa (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Segundo Pereira (2014), outras traduções e adaptações do MBI para o Brasil foram realizadas, como exemplo de Lautert (1995), Tamayo (1997), Benevides-Pereira (2001), entre outros.

Para estudar os fatores relacionados ao Burnout, com os três domínios do MBI-HSS (desgaste emocional, despersonalização e baixa realização profissional), os





### Artigo

cálculos foram feitos separadamente. Os valores percentuais foram obtidos em função do total de participantes, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Resultados de Pontos de Corte da Escala do MBI (Benevides-Pereira, 2010).

Pontos de Corte	Dimensões		
	Realização Profissional	Exaustão Emocional	Despersonalização
Alto	0 -15	16 - 25	26 - 54
Médio	0 -33	34 - 42	43 - 48
Baixo	0 - 02	03 - 08	09 - 30

Para a realização da pesquisa, realizou-se um contato com a coordenação da instituição de saúde, quando foi apresentado o objetivo do estudo e pesquisa na ênfase de incidência de Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem atuantes no referido centro, a fim de obter a autorização e o apoio para a aplicação do instrumento e prosseguimento da referida pesquisa. As coletas iniciaram após aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa, conforme CAAE nº 51391515.9.0000.5181 da instituição, sob parecer nº 1.402.210. Além de apresentação da proposta de pesquisa a todos os participantes, explicando o caráter científico e de cunho sigiloso nos padrões éticos exigidos a pesquisa com seres humanos.

O estudo segue os parâmetros da Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2012), que regulamenta pesquisas com seres humanos, orientando acerca da obtenção do consentimento livre e esclarecido do entrevistado, preservando sua autonomia, dignidade e defendendo-os em sua vulnerabilidade, garantindo o bem-estar do sujeito e respeitando seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

Foi mantido sigilo absoluto acerca dos participantes, sendo assegurado que a pesquisa não lhes causará dano algum e ainda haverá a possibilidade do participante interromper a qualquer momento sua colaboração na pesquisa sem que isso lhe acarrete nenhum prejuízo. Todo o procedimento foi realizado a partir de um consenso e dentro da ética vigente expressa nos parâmetros legais pré-estabelecidos, a cerca da disponibilização dos horários dos profissionais e do ambiente concedido.





### Artigo

O pesquisador entrou em contato com cada participante em dias e horários marcados de forma que não houve nenhuma interferência nas atividades laborais dos participantes, tão pouco dano psicológico ou de outra ordem.

Para a análise das questões objetivas do questionário sociodemográfico e do Inventário Maslach Burnout, utilizou-se o programa SPSS. Para a análise dos dados relativos ao instrumento de MBI realizou-se a somatória de cada dimensão (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional). Logo após, foram explicados através da estatística descritiva (média, frequências e porcentagens), exposta em tabelas e gráficos.

Segundo Benevides-Pereira (2002), o grau, o tipo e o número de manifestações apresentadas dependerão da configuração de fatores individuais (como predisposição genética, experiências socioeducacionais), fatores ambientais (locais de trabalho ou cidades com maior incidência de poluição, por exemplo) e da etapa em que a pessoa se encontra no processo de desenvolvimento da Síndrome. A intensidade, a frequência, bem como a concomitância de agentes estressores também influenciam, podendo acelerar e/ou agravar os transtornos.

## RESULTADOS

A amostra constituiu-se de 15 profissionais, técnicos de enfermagem, do sexo feminino (100%). A tabela 1 especifica as três dimensões necessárias para a existência da síndrome de Burnout que são a exaustão emocional, a realização profissional e a despersonalização.

Com relação às dimensões de Burnout, os resultados indicam que 26,66 % dos técnicos de enfermagem apresentam manifestações de Burnout e 26,66 % manifestaram um elevado risco para o desenvolvimento desta síndrome. Quanto à idade a maioria dos participantes está entre 24 e 62 anos de idade, uma média de 37,93 anos. (DP = 10,971), com uma média de 14,20 anos de formação profissional (DP= 8,360), sendo que 73,33% deles têm entre 10 anos ou mais anos de serviço o que caracteriza a população do estudo como experiente em suas funções.

A Tabela 2 especifica as características sociodemográficas da população, apresentando o percentual de todas as variáveis pesquisadas. Para melhor compreensão,



### Artigo

optou-se pela exposição em duas tabelas, distribuídos em características pessoais (Tabela 2) e características do trabalho (Tabela 3).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com as características pessoais

Variáveis	Níveis	Frequência	%
Sexo	Feminino	15	100%
Idade	Entre 24 – 28	2	13,3%
	Entre 29 – 32	4	26,6%
	Entre 33 – 39	4	26,6%
	Entre 49 – 54	4	26,6%
	Entre 60 – 62	1	6,7%
Estado civil	Solteiro	9	60,0%
	Casado	5	33,3%
	União estável	1	6,7%
Nº de Filhos	Mínimo	Máximo	Média(DP)
	0	3	1,07 (DP =1,280)
Escolaridade	Ens. Médio Completo	5	33,3%
	Ens. Superior Completo	5	33,3%
	Ens. Superior Incompleto	3	20,0%
	Superior Lato-Sensu	2	13,3%



**Artigo**

Tabela 3 - Distribuição dos participantes para características do trabalho (n 15).

Variáveis	Níveis	Frequência	%
Renda	Até 2 salários mínimos	10	66,7%
	Até 3 salários mínimos	3	20,0%
	Até 4 salários mínimos	1	6,7%
	Até salários mínimos	1	6,7%
Tempo de formação	<b>Mínimo</b> 05 anos	<b>Máximo</b> 34 anos	<b>Média (DP)</b> 14,20 (DP= 8,360)
Jornada de trabalho	Diarista	8	53,3%
	Plantonista	7	46,7 %
Carga horária semanal	Até 20 ou mais horas	3	20,0%
	Até 40 ou mais horas	12	80,0%
Tempo de serviço	Menos de 6 meses	1	6,7%
	Menos de 1 ano	2	13,3%
	Mais de 1 ano	8	53,3%
	Mais de 10 anos	4	26,7 %
Quantidade de empregos	1 emprego	8	53,3%
	2 empregos	6	40,0%
	3 ou mais empregos	1	6,7%
Qual a Importância das atividades?	Bastante importante	6	40,0%
	Extremamente importante	9	60,0%

Segundo Stumm (2009) a Enfermagem é uma profissão cuja essência e especificidade é o cuidado humano, que se dá por meio da tomada de responsabilidade



### Artigo

pelo seu conforto, acolhimento e bem-estar. É ela que estar em maior contato com o paciente, seja no cuidado clínico ou assistencial, além de desenvolver trabalhos administrativos, planejar ações, organizar seminários, eventos, palestras, investigar patologias e preencher inúmeros relatórios e planilhas. Para melhor visualização dos dados analisados dos estudos, foi criada a tabela 4 a seguir:

Tabela 4 - Fatores classificadores e relacionados à síndrome de Burnout dos profissionais técnicos de enfermagem participantes da pesquisa

Variáveis	Nível	Frequência	%
Exaustão Emocional	Alto	7	46,6%
	Médio	4	26,66%
	Baixo	4	26,66%
Despersonalização	Alto	5	33,33%
	Médio	7	46,66%
	Baixo	3	20,00%
Realização profissional	Alto	2	13,33%
	Médio	6	40,00%
	Baixo	7	46,66%
Apresentam a síndrome de burnout		4	26,66%
Falta apenas um critério para a síndrome		2	13,33%
Não apresentam risco para a síndrome		9	60,00%

## DISCUSSÃO

De acordo como o resultado obtido, nesse estudo, a faixa etária da população com a síndrome de burnout predominou entre 28 e 32 anos (83,3% dos que pontuaram



### Artigo

com um alto critério para a síndrome) sugere-se que os profissionais que obtiveram maior risco de manifestação de burnout são os mais novos, que pode ser atribuído a pouca experiência ou desencanto pela profissão segundo Benevides-Pereira (2010). No entanto, o estudo diverge, com Trindade; Lautert (2010), o qual encontrou em suas amostras índices significativos de *Burnout* em profissionais mais velhos, com idade superior a 40 anos.

Segundo Jodas; Haddad (2009), os estudos relacionam, que quanto mais idade possuir, menor risco apresentará para manifestação de *Burnout*, alegando o fato de o indivíduo ser realizado profissionalmente e maturidade adquirida pela experiência e qualidade no trabalho. Concorda com Benevides-Pereira (2010), que pontua que os profissionais da enfermagem de mais idade se percebem mais realizados no trabalho que os demais, provavelmente pela maior experiência e segurança advinda desta.

Em relação às características sociodemográficas, obteve-se 15 participantes (do sexo feminino) classificados em 33,3% possuem ensino médio completo, 33,33% possui ensino superior completo e 20% cursam faculdade. Todos os 15 participantes exercia a função de técnico de enfermagem (100%), 66,7% possuem renda salarial de até 2 salários mínimos, sendo que 46,6% possuem outro vínculo, 73,3% possuem mais 10 anos de formação profissional. A amostra constatou que 60% da população são de profissionais em estado civil solteira, e possui no máximo 3 filhos (DP=1,280).

Os resultados obtidos no presente estudo se assemelham a Bezerra; Beresin (2009) que se dedicaram a estudar a identificação da síndrome de burnout em profissionais atuantes em equipes de resgate pré-hospitalar nos quais foram mostrados domínios de profissionais jovens do sexo feminino, sem companheiro, ou seja, solteiros, ou divorciados sem filhos. Contudo Martins et al. (2014), apontam escores das três dimensões, divergentes em relação à encontrada para exaustão emocional na população de profissionais da atenção básica em três municípios de pequeno porte de Minas Gerais (n = 101) que pontuou com média de 20,30 (DP = 6,50). O estudo comparado apresentou como classificação de esgotamento profissional geral de 41,6% dos profissionais com indicação positiva da síndrome, variando em decorrência das categorias de profissionais avaliadas.

Panizzon; Luz; Fensterseifer (2008), encontrou como fatores que predispõe a Síndrome de *Burnout*, para a equipe de enfermagem a carga de trabalho elevada. Em seu estudo, o percentual de trabalhadores com jornada total de 40 horas semanais (60,3%) revelou estresse quatro vezes maior do que o grupo com menos de 40 horas



### Artigo

semanais (15,7%). Em comparativo o presente estudo pontuou com 80,0% trabalham 40 horas semanais, dentro os que manifestaram a síndrome, 60,0% trabalham até 40 ou mais horas semanais, constituindo-se com 50,0% são plantonistas e 50,0% são diaristas respectivamente.

Na análise descritiva do Maslach Burnout Inventory, onde foram correlacionadas às dimensões da síndrome de Burnout (conforme tabela 1), constataram-se valores de alta classificação de exaustão emocional na proporção de 46,6 %, apresentaram dimensão média de 46,6% de despersonalização e 46,6% manifestaram baixa realização profissional. O resultado colabora com a perspectiva de Jodas; Haddad (2009) que enfatiza que a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante.

Tendo em vista, a correlação das dimensões da síndrome de Burnout, foi possível verificar neste estudo que 26,6% dos participantes apresentam a Síndrome de Burnout, 13,3% apresentam elevado risco de desenvolvimento da síndrome, pois, na análise de dados dessas pessoas faltou apenas uma dimensão elevada para que estes fossem classificados portadores da síndrome de Burnout (tabela 3).

Estabelecendo um comparativo entre Jodas; Haddad (2009) em seu estudo em um pronto-socorro no hospital universitário com profissionais de enfermagem percebe uma discordância entre o percentual dos profissionais que apresentaram e dos que manifestaram risco da síndrome em sua pesquisa. Constataram que dos 61 funcionários pesquisados, 8,2%, apresentaram sinais e sintomas de burnout. Os demais, 54,1% possuíam alto risco para manifestação de burnout e 37,7% baixo risco de manifestação da doença.

O resultado aproxima-se de Pereira (2014) em estudo num hospital universitário com profissionais de enfermagem (n=102) onde o grupo que apresenta a Síndrome, foi constituído por 23,5% dos participantes, os que obtiveram pontuações elevadas nas dimensões Exaustão Emocional, Reduzida Realização Profissional, e Despersonalização. Divergem no percentual de participantes que pontuaram em pelo menos uma das três dimensões abaixo do valor considerado elevado, o grupo com ausência da síndrome, abrangeram 76,5% dos participantes, o presente estudo pontuou em 60,0% com ausência da síndrome.

No caso da amostra, uma proporção de 26,6% (4 participantes) dos técnicos de enfermagem apresentam a Síndrome de Burnout, e 13,3(2 participantes) faltou apenas uma dimensão para pontuar nos critérios de manifestação da doença. Em uma pesquisa



### Artigo

com o intuito de aferir a incidência da síndrome de Burnout entre 42 profissionais que exercem a profissão de enfermagem em dois centros de saúde de uma região administrativa no Distrito Federal. Os resultados obtidos pela autora Gonsaves (2013) indicaram que 21% dos trabalhadores apresentam a síndrome e que 14% manifestam predisposição para desenvolver este problema, esse resultado aproximou-se do encontrado no presente estudo.

No tocante a caracterização da síndrome de Burnout, colabora com os parâmetros estabelecidos por Benevides-Pereira (2010) para o diagnóstico da síndrome que são, alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional. Outra possível hipótese encontra-se na dificuldade de delimitação dos diferentes papéis da profissão e, conseqüentemente, a falta de reconhecimento nítido entre o público, elevando a despersonalização do trabalhador em relação à profissão (MUROFUSE, 2005).

Na compreensão de Borges et al. (2002), o trabalho de prevenção de doenças no ambiente de trabalho constitui uma importante ferramenta para que seja evitado o absenteísmo dentro das instituições, ressaltando ainda os benefícios tanto para os profissionais quanto para a qualidade no atendimento prestado por profissionais que sentem-se realizados. Benevides-Pereira (2010) afirma também o absenteísmo se torna prática comum no setor de trabalho, advindo como conseqüências da Síndrome de *Burnout*, por isso se faz mais importante sua prevenção, para tanto se faz necessário o maior interesse e expansão dos estudos com essa classe profissionais.

Apesar deste resultado, possivelmente positivo, é fundamental salientar a importância da motivação, pois favorecem dedicação e o envolvimento necessários, sobretudo, no trato com pacientes que necessitam de suas práticas curativas e ou preventivas, mais, sobretudo humanizadas. Podendo causar perda de confiança em si mesmo e em seu trabalho (KAVALESKI; BRESSAN, 2012) faz-se necessário, no ambiente de trabalho para que este percentual de funcionários que não se classificaram como grupo de risco, uma necessária intervenção e medidas de prevenção no ambiente pesquisado.

Benevides-Pereira (2010) discute que necessitamos de estudos e pesquisa nacionais, se possíveis mais abrangentes, para conhecermos melhor nossa realidade e forma como burnout se insere em nossa cultura, além de desenvolvimento de estratégias eficientes tanto para prevenção, como para diagnóstico e tratamento, visando o auxílio dos que já se encontram em risco.





### Artigo

Vale ressaltar que mesmo com o tamanho da amostra estudada pequena, limitando uma possível generalização do estudo, os indicadores serviram para futuras pesquisas em que o caráter de expansão do número e das categorias e de variáveis direcionadas a enfermagem. Conforme Stumm (2009), a enfermagem é uma profissão cuja essência e especificidade é o cuidado humano, que se dá por meio da tomada de responsabilidade pelo seu conforto, acolhimento e bem-estar.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um centro de saúde os técnicos estão mais inseridos no contato direto com toda a população e de um modo geral lidam diretamente com muitos quesitos geradores de estresse. Desse modo, ao constatar a presença da síndrome em suas dimensões através do instrumento MBI e como essa doença pode afetar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais técnicos de enfermagem, faz-se necessário mais atenção à saúde do trabalhador com políticas organizacionais.

Nesse estudo, a maioria dos profissionais não apresentou a Síndrome de Burnout na proporção de (60,00%), com 13,3 % dos participantes com predisposição para desenvolver a doença e 26,66 % de profissionais já afetados com o problema. Mesmo com o resultado não se deve desprezar o fato de que na incidência da síndrome de Burnout, haverá comprometimento na qualidade do atendimento a população e afetam profissionais de diversas áreas da saúde, uma vez que o campo de atuação é bem vasto.

Devem-se evitar generalizações, pois o campo de atuação ainda necessita de estudo mais específicos e abrangentes, mas as necessidades de intervenções de forma preventiva são endossadas pelo presente estudo, a fim de desenvolver estratégias de reorganização e processo de trabalho diminuindo as fontes de esgotamento profissional. Contudo faz-se necessário atuar nas atividades preventivas, a partir de trabalhos de motivação e de prevenção, que possivelmente permitirá maior conhecimento, divulgação e compreensão dos profissionais pesquisados acerca da Síndrome de Burnout.

Sugere-se a realização de estudos futuros que possibilitem ampliar a amostra, para outras instituições de saúde. Diante dos resultados obtidos nessa pesquisa acredita-se que possivelmente contribui para o campo de pesquisa numa perspectiva de cuidado



**Artigo**

a saúde dos técnicos de enfermagem atuantes no Centro de Especialidades Médicas na cidade de Patos-PB.

**REFERÊNCIAS**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. MBI - Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. In: Reunião Anual de Psicologia, 32. **Anais...** Rio de Janeiro, 2001, p. 84-85.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (2013). A síndrome de Burnout. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. (org.). **A Saúde Mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás**. Goiânia: Cir Gráfica, 2013, p. 389-402.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (org.) **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O CBP-R em português: instrumento para a avaliação do burnout em professores. EDUCERE, 9. **Anais...** Curitiba. 2009, p. 3927. Disponível em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2948\\_1657.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2948_1657.pdf). Acesso em 05 de maio de 2011.

BEZERRA R. P.; BERESIN R. **A Síndrome de Burnout em enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar**. Einstein, São Paulo, v.7, n. 3, 351-356, 2009.



**Artigo**

BORGES, L. et al. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15. n. 1, 189-200, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 466/12, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: MS/CNS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde. Doença relacionada ao trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA S. G. Preditores da síndrome de burnout em estudantes universitários. **Pensamiento Psicológico**, v. 4, n. 10, 101-109, 2008.

CARVALHO, C. G.; MAGALHÃES, S. R. Quem cuida do cuida [dor]: principais fatores que interferem na saúde dos profissionais de enfermagem, uma visão biopsicossocial. **Journal of Research Fundamental Care On Line**, v. 5, n.3, 122-131, 2013.

FREUDENBERGER, H.; RICHELSON, G. **Burnout: The high cost of high achievement**. New York: Bantan Books, 1980.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, 30, 159-165.  
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

GIL-MONTE, P. J. M. El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. **Revista Eletrônica Interação Psy**. ano 1, 2003.

GONSAVES, M. P. Incidência da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem em centros de saúde de uma cidade satélite de Brasília – DF. Distrito Federal: UniCEUB-2013.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.



**Artigo**

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. (2009). Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, 192-197, 2009.

KOVALESKI, D. F.; BRESSAN, A. (2012). A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. **Revista Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 2, 107-113, 2012.  
Disponível em: <http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/748>.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidad Pontificia de Salamanca, Espanha, 1995.

LIPP, M.N. **O stress do professor**. Campinas: Papyrus, 2006.

MARTINS L.F.; RONZANI, T. M.; LAPORT, T. J. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 12.

MASLACH C.; LEITER, M. P. Six areas of work life: A model of organizational context of burnout. **Journal of Health and Human Services Administration**.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, 99-113, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste?** Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papyrus. 1999.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. **Maslach Burnout Inventory Manual**. Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist, 1996.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, 1997.



**Artigo**

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n., 255-261. 2005.

Panizzon, C., Luz, A. M. H., & Fensterseifer, L. M. (2008). Estresse da equipe de enfermagem da emergência clínica. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Porto Alegre)*, 29(3), 391-399. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6759>. Acesso em 10 de maio de 2016.

PEREIRA, R. D. **Síndrome de Burnout em profissionais da enfermagem**. 160f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2014.

RODRIGUES, A. M. S. et al. O impacto das condições e jornada de trabalho na saúde dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental On Line*, v. 4, n. 4, 2014.

SCHAUFELLI, W. B.; BUNK, B. P. Professional burnout. Em M. J. Schabracq, J. M., Winnubst & C. L. Cooper (Orgs.), **Handbook of Work and Health Psychology**. London: Wiley. 1996, p. 311-346.

SCHWARTZ, M.; WILL, G. Low Morale and Mutual Withdrawal on a Mental Hospital Ward. **Psychiatry**, 1953.

SILVA, J. L. L.; DIAS, A. C.; TEIXEIRA, L. R. Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. **Aquichán**, v. 12, n. 2, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972012000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000200006). Acesso em 03 de abril de 2016.

STUMM, E. M. F. et al. Qualidade de vida, estresse e repercussões na assistência: equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Revista Textos & Contextos**, v. 8 n. 1, 140-155, 2009.



**Artigo**

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Burnout no trabalho. In: Mendes, A. M.; Borges, L. O.; Ferreira, M. C. (ed.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: UNB, 2002.

TAMAYO, R. M. **Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. Mestrado (Dissertação de Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

TAMAYO, R. M.; MENDONÇA, H.; SILVA, E. N. (2012). Relação entre estresse ocupacional, coping e Burnout. In: FERREIRA, M. C.; MENDONÇA, H. (org.). **Saúde e bem-estar no trabalho: dimensões individuais e culturais** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, p. 35-57.

TRIGO, T. R. Síndrome de *Burnout* ou Esgotamento profissional: como identificar e avaliar. GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (org.). **Saúde mental e trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010, p. 160-175.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, 274-279, 2010.

VASQUES-MENEZES, I. (2010). Saúde mental e trabalho: aplicações na prática clínica. JACQUES, M. G.; CODO, W. (org.). **Saúde mental e trabalho: leituras**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2010, p. 193-208.



**Artigo**

**CARACTERIZAÇÃO DAS DEMANDAS DO SERVIÇO-ESCOLA DE  
PSICOLOGIA DE UMA CLÍNICA-ESCOLA INTEGRADA NO ALTO SERTÃO  
PARAIBANO**

**CHARACTERIZATION SCHOOL DEMANDS OF SCHOOL PSYCHOLOGY  
SERVICE AT A INTEGRATED SCHOOL CLINIC IN THE PARAÍBA INLAND**

Amanda Alves de Souza<sup>1</sup>  
Maria Aparecida Ferreira Menezes Suassuna<sup>2</sup>  
Maria José Nunes Gadelha<sup>3</sup>  
Mateus Rodrigues de Lima<sup>4</sup>  
Débora Najda de Medeiros Viana<sup>5</sup>  
José Valdilânio Virgulino Procópio<sup>6</sup>

**RESUMO** - As Clínicas-escola de Psicologia possuem fundação na mesma época em que a Psicologia foi reconhecida enquanto profissão, porém, percebe-se na literatura ainda certa escassez quando busca-se por estudos que caracterizem demandas que são atendidas nos Serviços-Escola de Psicologia, mesmo que diversos autores afirmem que

---

<sup>1</sup>Graduada em Psicologia pela Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: amandaalveskd@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Mestre em Educação pela Universidade Estadual da Bahia-UFBA, docente na Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: cidafsm@gmail.com

<sup>3</sup>Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB, docente nas Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos-PB e na Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: nunesgadelha@hotmail.com

<sup>4</sup>Graduando em Psicologia pela Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: mateus.rodrigues@hotmail.com

<sup>5</sup>Mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba e docente nas Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos-PB. E-mail: deboranajda11@yahoo.com.br

<sup>6</sup>Doutor em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. E-mail: procopiopjvv@yahoo.com.br





### Artigo

é através desta caracterização que torna-se possível traçar metas e construir planejamentos voltados à realidade existente em cada espaço. Frente a este pensamento, buscou-se construir esta pesquisa com o principal intuito de obter a caracterização das demandas atendidas no Serviço-escola de Psicologia de uma Clínica-escola Integrada de uma cidade do interior da Paraíba. O desenvolvimento metodológico ocorreu através de uma pesquisa de campo que incluiu questões qualitativas e quantitativas, além de possuir caráter descritivo, explicativo e documental, sendo que utilizou-se da consulta nas fichas de triagem existentes no espaço e que haviam sido consumadas entre os períodos letivos de 2014.2 e 2017.2. Após a coleta dos dados, categorizou-se todos através da análise de conteúdo de Bardin, onde a parte quantitativa foi transferida para análise estatística descritiva. Toda a população teve sua identificação e individualidade resguardadas pela ética dos pesquisadores. Os resultados encontrados demonstraram que o maior índice de demandas está concentrado em questões que remetem à ansiedade e seus transtornos, fazendo-se necessário uma reflexão sobre a ansiedade comum e a patológica.

**Palavras-chave:** Clínica-Escola; Serviço-Escola; Psicologia; Caracterização de Demandas.

**ABSTRACT** - The Psychology Clinics-School have a foundation in the same period which Psychology was recognized as a profession, however, there is still a certain scarcity in the literature when searching for studies that characterize the demands that are met in the Psychological Services-School, even that several authors affirm that it is through this characterization that it becomes possible to draw goals and construct plans focused on the existing reality in each space. In the light of this thought, we sought to construct this research with the main purpose of obtaining the characterization of the demands met in the School Psychology Service in an Integrated School Clinic, Cajazeiras-PB. The methodological development took place through a field research that included qualitative and quantitative questions, besides having a descriptive, explanatory and documentary character, being used the consultation in the sheets of sorting existing in the space and that had been consummated between the academic periods 2014.2 and 2017.2. After data collection, all were categorized through the Bardin content analysis, where the quantitative part was transferred to descriptive



### Artigo

statistical analysis. All the population had its identification and individuality protected by the ethics the researchers. The results showed that the highest index of demands is concentrated on issues that refer to anxiety and its disorders, making it necessary to reflect on common and pathological anxiety.

**Keywords:** Clinic-School; School Service; Psychology; Characterization of Demands.

## INTRODUÇÃO

A etimologia da palavra clínica está estritamente associada ao contexto, o que faz com que o foco se volte para as questões norteadas pelo tratamento de doenças. Esse pensamento é exposto por Dutra (2004) e reforça à antiga ideia de que o psicólogo seria, na verdade, o “médico para os loucos”. As modificações sobre tal visão e o esclarecimento acerca do papel deste profissional no espaço clínico necessitaram de tempo para acontecerem, porém isso ainda não quer dizer que a sociedade em geral possua uma noção transparente e real sobre a Psicologia Clínica.

Brito (2003) define a Psicologia Clínica enquanto sendo a combinação da prática desta ciência com todo o seu aparato teórico que possa ser oferecido, entendendo-se que isto possibilita o desenvolvimento da observação individual e singular dos sujeitos, passando a ser uma aplicação da Psicologia que consegue manter-se centrada no usuário do serviço, sem colocá-lo de maneira deslocada do espaço que ocupa em seus diversos ciclos.

Para auxiliar no desenvolvimento prático dos estudantes de Psicologia frente ao exercício clínico, surgem as clínicas-escola, atualmente denominadas por alguns autores de serviços-escola. Herzberg (1999), por exemplo, que usa o termo “clínica-escola” atrelado a ideia de acompanhamento clínico individual especificamente e o termo “serviços-escola” envolvido com a oferta de outras questões, como o acompanhamento em grupo, de casal, familiar, entre outros. Gauy e Fernandes (2008) apresentam a clínica-escola enquanto sendo um espaço ligado a uma Instituição de Ensino Superior (IES) que, além de oferecer ao estudante campo de estágio, oferta tanto a comunidade acadêmica e externa a possibilidade de acessar serviços de qualidade e de maneira gratuita ou mediante o pagamento de uma taxa financeira simbólica. Os



### Artigo

mesmos autores ainda trazem que esse é um complemento essencial para a formação do profissional, seja este de Psicologia ou de quaisquer outras áreas.

Os serviços oferecidos por clínicas-escola tem sido cada vez mais procurados pela população geral, aumentando o empenho das instituições de ensino na oferta dos serviços de saúde mental, buscando a caracterização de sua clientela, com o objetivo de direcionar suas modalidades de atendimento (ROMARO; CAPITÃO, 2003). Foi através da Lei nº 4.119, do ano de 1962, que surgiram as Clínicas-escola de Psicologia, sendo deliberado que os cursos de Psicologia eram os responsáveis pela educação aplicada a este novo espaço, bem como pela administração e trabalho desenvolvido neste contexto. Percebe-se que esta ação caminhou juntamente com o reconhecimento do psicólogo enquanto profissional, já que ambos foram determinados através da mesma Lei. Segundo Amaral et al. (2012), o principal objetivo do desenvolvimento das clínicas-escola desde seu surgimento até a atualidade é ofertar aos graduandos de Psicologia a possibilidade de unir seus conhecimentos teóricos absorvidos em sala de aula com algumas probabilidades de atendimentos práticos.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia – CFP (2013), dentro do artigo 199 da Constituição Federal (CF) existe a possibilidade de que as IES estabeleçam vínculos com a saúde pública, mais especificamente através do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste caso, o intuito é oferecer apoio complementar sobre os trabalhos desenvolvidos junto à população, contanto que haja o contrato de direito público ou de convênio, sendo dada a preferência àquelas instituições de cunho filantrópico ou que não ofertam seus serviços com fins lucrativos.

Diante do que foi apresentado torna-se importante a realização desta pesquisa pela necessidade de caracterização da demanda do setor de Psicologia da Clínica-escola Integrada de uma faculdade privada do interior da Paraíba, visto que até então não foi realizado nenhum levantamento das demandas recebidas desde o início do funcionamento deste setor. Dessa forma, a partir dos resultados encontrados será possível traçar perfil dos pacientes a serem atendidos na região e, conseqüentemente, oferecer suporte teórico direcionado aos seus alunos pelos professores orientadores de estágio. Ainda com base nesta ideia, entende-se que tal caracterização possibilita ampliação nos serviços ofertados pela Faculdade através do Serviço-escola de Psicologia.

Acredita-se que com a possibilidade de conhecimento prévio sobre as demandas da comunidade atendida no serviço, é possível cumprir com o papel social desejado de



### Artigo

maneira mais adequada, além de oportunizar a construção de profissionais que possuirão contato com realidades diversas a serem enfrentadas no futuro, seja no âmbito clínico ou quaisquer outros, já que o curso de Graduação em Psicologia da referida instituição oferta variados espaços para estágio aos seus estudantes.

Neste contexto, o objetivo principal da realização desta pesquisa foi traçar a caracterização das demandas da comunidade a ser atendida pelo Serviço-escola de Psicologia numa Clínica Integrada do Sertão Paraibano. Durante a coleta de dados foi possível o acesso a um total de 771 (setecentas e setenta e uma) triagens, sendo que se encontraram nos critérios de inclusão e passaram a fazer parte da pesquisa 652 (seiscentas e cinquenta e duas) triagens, o que equivale a 84,5% sobre a totalidade.

## MÉTODO

### Tipo de pesquisa

O desenvolvimento desta pesquisa aconteceu através da abordagem quantitativa e qualitativa, sendo definida por Sampieri, Callado e Lúcio (2013) enquanto uma pesquisa mista, pois buscou medir um fenômeno, utilizando-se de estatísticas, pensado no desenvolvimento quantitativo, ao mesmo tempo em que buscou explorar o fenômeno de maneira mais aprofundada, sendo conduzida pelo ambiente natural onde o fenômeno ocorre e buscou extrair significados dos dados que foram analisados através do método qualitativo. Utilizou-se do procedimento técnico chamado de pesquisa documental, já que foram investigados dados existentes nas fichas de triagem do espaço onde ocorre o fenômeno estudado.

### Local da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada na cidade de Cajazeiras, sendo um município do sertão da Paraíba, estando a uma distância de 471 km da capital João Pessoa, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2017). O *locus* da pesquisa esteve voltado para a uma Faculdade privada, mais precisamente na sua Clínica-Escola Integrada. O funcionamento da clínica ocorre de maneira diurna e faz parte da responsabilidade social Faculdade. O curso de Psicologia, mais especificamente, oferta



### Artigo

atendimentos de psicoterapia breve, além de escuta psicológica e triagem, onde todos são efetuados no momento por alunos estagiários e sem cobrança financeira<sup>7</sup>.

#### População e amostra

Esta pesquisa aconteceu com as fichas de triagem disponíveis no arquivo do Serviço-escola de Psicologia da Clínica-Escola Integrada de uma Faculdade privada do interior da Paraíba e que se apresentaram inseridas nos critérios de inclusão, sendo estes: aquelas que disponibilizaram da identificação do usuário (idade, sexo, profissão, quantidade de filhos, cidade de residência, escolaridade, estado civil, religião, condições socioeconômicas), dos dados básicos referentes às queixas (queixa principal, razão da queixa e período de apresentação da mesma), que possuíam registros legíveis, que foram efetuadas entre os períodos letivos de 2014.1 e 2017.2.

#### Técnica e instrumento de coleta de dados

A técnica utilizada para a extração dos dados existentes nas fichas de triagem foi através da pesquisa documental que, segundo Marconi e Lakatos (2010), pode ser caracterizada enquanto tendo a coleta de dados restrita a documentos. No caso desta pesquisa mais especificamente, utilizou-se de arquivos considerados particulares e oficiais, já que estavam armazenados numa instituição e resguardados pelo sigilo profissional e ético do espaço, o que fez com que a pesquisadora somente tivesse acesso aos mesmos no espaço reservado pela coordenação do serviço.

#### Procedimentos de pesquisa

Houve a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética através da Plataforma Brasil no dia 28 de outubro de 2017, sendo aprovada a realização da pesquisa no dia 02 de novembro de 2017, através do parecer nº 2.363.259, não havendo recomendações específicas e sendo julgada enquanto uma pesquisa apta para o seu desenvolvimento sob o ponto de vista ético. De maneira consideravelmente breve – e

---

<sup>7</sup> Todas as informações acerca da Clínica-Escola Integrada foram conseguidas através da coordenação da mesma em junho de 2017.



### Artigo

com a permissão da coordenadora do setor estudado – a pesquisadora se fez presente na Clínica-Escola Integrada da instituição estudada e iniciou a coleta de dados nas fichas de triagens. Essas foram acessadas de acordo com a disponibilidade ofertada pela Clínica-Escola Integrada e na sala da coordenação de Psicologia, alvo do estudo, com o intuito de manter o sigilo sobre as informações dispostas nas mesmas. A coleta de dados ocorreu entre os dias 06 de novembro de 2017 e 24 de janeiro de 2018. As triagens utilizadas no estudo receberam numerações com o intuito de preservar a identificação dos pacientes. De acordo com o acesso as fichas, foram construídas categorias referentes ao perfil social dos usuários do serviço e sobre as demandas apresentadas (queixa principal, razão da queixa e período de apresentação da mesma). Após a coleta e categorização de todos os dados, estes foram analisados.

#### **Análise de dados**

Os dados coletados passaram pela análise de conteúdo de Bardin, com o intuito de serem categorizadas e chegarem a ofertar melhor desenvolvimento reflexivo, possibilitando ainda maiores probabilidades de relação com a bibliografia disponibilizada no meio científico e acadêmico. Tozoni-Reis (2009) afirma que este modo de análise desenvolvida por Bardin possibilita o encontro com conteúdos que possuem sentidos tanto aparentes quanto ocultos. Utilizou-se ainda da análise estatística descritiva com o intuito de caracterizar as demandas de modo mais pontual e quantitativo. Para tal, utilizou-se do Programa SPSS (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais), desenvolvido pela Universidade de Chicago (SAMPIERI et al., 2013).

#### **Aspectos éticos da pesquisa**

Com o intuito de seguir a eticidade necessária no desenvolvimento do estudo, foram seguidos os princípios disponibilizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, todo o processo de pesquisa e divulgação de resultados aconteceu de maneira responsável, preservando – inclusive – a honestidade intelectual, vindo a citar todos os autores que foram fontes para as construções e relações teóricas.

Esta foi uma pesquisa desenvolvida com seres humanos, por esse motivo a pesquisa somente chegou a ser executada após avaliação e aprovação do Comitê de





### Artigo

Ética. Esta aprovação ocorreu através do parecer de nº 2.363.259, sendo que neste mesmo documento, o Comitê de Ética considerou que a pesquisa estava bem delineada e observou preceitos éticos exigidos pela legislação, em especial a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Seguindo esta mesma Resolução, houve total sigilo sobre a identificação das fichas de triagem utilizadas.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as 652 triagens avaliadas no setor de Psicologia da Clínica-Escola Integrada, 158 pessoas (24,2%) afirmaram perceber a presença de suas queixas principais a menos de um ano; sendo que 98 pessoas (15%) atribuíram o surgimento de tal queixa enquanto uma decorrência de relacionamentos amorosos e/ou sexuais nos quais estavam inseridas ou vivenciaram no passado. Enquanto queixas principais, foi possível classificá-las em 22 diferentes categorias, sendo que considerou-se semelhanças entre as “falas” encontradas nas triagens para que esses dados pudessem vir a ser categorizados, já que – considerando as indicações feitas por Bardin (1977) – trabalhar com análise de conteúdo sobre falas e escritos envolve diretamente a subjetividade humana, tanto do pesquisador quanto dos documentos analisados, o que se adéqua ao caso deste estudo.

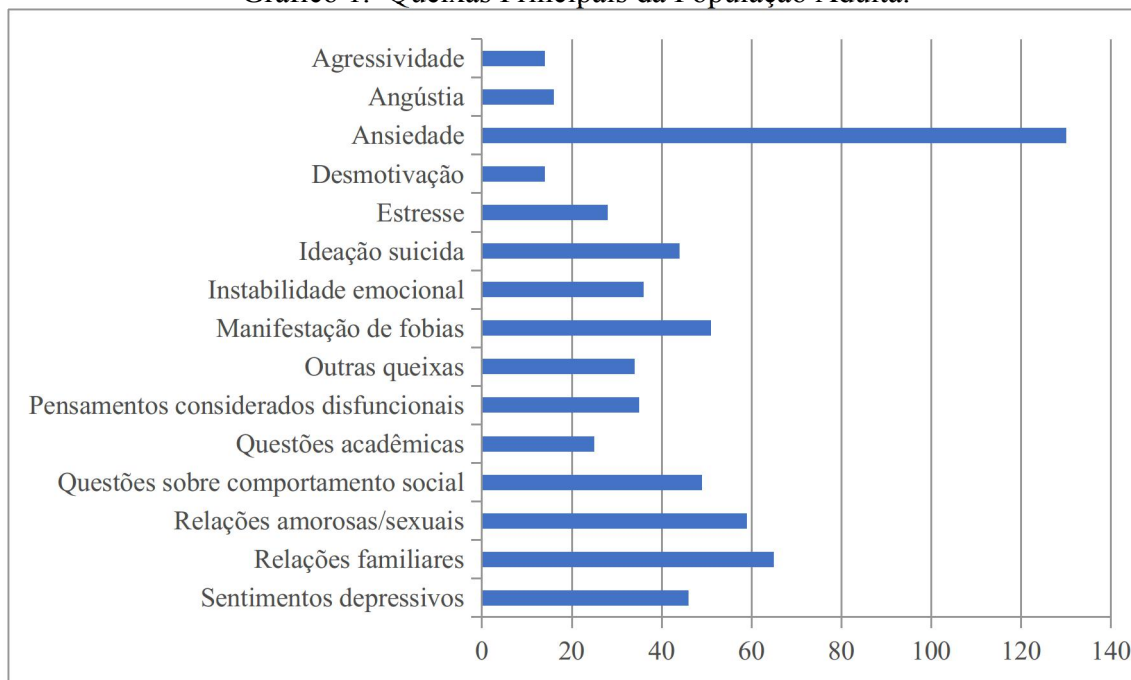
Assim como pode ser percebido no Gráfico 1, a predominância de queixa foi em relação aos sentimentos e situações que envolvem a ansiedade (130 pessoas – 19,9%), sendo seguida pelas relações familiares (65 pessoas – 10%) e relações amorosas e/ou sexuais (59 pessoas – 9%). Entretanto, deve-se salientar neste momento que esse resultado é apresentado com base nos dados coletados nas triagens, ou seja, sobre o que é informado pelos estagiários responsáveis pelo serviço e/ou pelos usuários atendidos, o que não implica afirmar que este deve ser utilizado para a designação de algum diagnóstico.





**Artigo**

Gráfico 1. Queixas Principais da População Adulta.



FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

A predominância dos transtornos ansiosos era esperada, já que de acordo com Mestre e Corassa (2000), facilmente encontram-se transtornos ansiosos em meio aos consultórios psiquiátricos, o que faz com que se devam considerar as histórias desses indivíduos, bem como a manifestação e evolução dos sintomas, os possíveis fatores que auxiliam no desencadeamento dos sintomas e as relações interpessoais existentes. Dessa forma, a discussão a seguir terá como base pressupostos subjacentes a esses transtornos, de acordo com o que a literatura apresenta. Segundo Silva (2017, p. 29), para que o diagnóstico de ansiedade possa ser atingido é necessário que os sintomas se apresentem por pelo menos seis meses seguidos e o paciente seja submetido a alguns testes avaliativos, podendo-se defini-la enquanto “respostas fisiológicas, emocionais e cognitivas, ou até mesmo configurar-se como um transtorno”.

Segundo Dalgarrondo (2008), a ansiedade pode ser apresentada enquanto um sentimento consideravelmente desagradável que remete ao medo e ao desconforto sobre



### Artigo

a antecipação de algum momento futuro. Este mesmo autor afirma que, se exagerados e desproporcionais quando relacionados com os estímulos que o geram, o medo e ansiedade podem passar a serem classificados enquanto patológicos, principalmente se interferirem diretamente na qualidade de vida do sujeito. Entretanto acredita-se que o desenvolvimento exagerado ocorre mais facilmente em indivíduos que possuem certa predisposição neurobiológica hereditária.

Silva (2017) indica que para haver a diferenciação entre a manifestação da ansiedade considerada comum e daquela vista enquanto patológica faz-se necessária a avaliação do período no qual esse transtorno é apresentado e a relação com os estímulos que surgem nos momentos considerados de crise, já que esses transtornos surgem através de condições psiquiátricas já existentes anteriormente, como psicoses, transtornos hipercinéticos, depressões, transtornos do desenvolvimento e outros. Este mesmo autor afirma que pode haver casos onde o sujeito possui mais de um tipo de transtorno considerado primário, o que passa a dificultar na descoberta sobre a fonte dos sentimentos ansiosos.

A maioria dos autores apresenta a ansiedade enquanto sendo algo desagradável, porém Grazziano e Bianchi (2004) percebem essa manifestação enquanto uma forma adaptativa do indivíduo aos diferentes eventos cotidianos que lhes acometem, podendo ser visto enquanto algo que influencia diretamente na sobrevivência da espécie humana. Enquanto o medo é o sentimento que provoca comportamentos relacionados com a fuga, a ansiedade é apresentada enquanto um estado emocional aversivo a alguma situação que não pode ser evitada (BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005).

Seguindo o pensamento de Arruda (2006), pode-se afirmar que quando o indivíduo é exposto a um estímulo considerado por ele aversivo há a presença de sentimentos e reações ansiosas, sendo que se este mesmo indivíduo for submetido a outras situações semelhantes facilmente os mesmos sintomas ansiosos podem vir a aparecer. Esse princípio segue o condicionamento pavloviano, a partir do qual reações ansiosas são desencadeadas pela associação dos estímulos neutros e aversivos do ambiente. É desse modo que o ser humano aprende a temer e rejeitar situações, pessoas, objetos e quaisquer outras coisas. A APA (2014) explica que alguns transtornos de ansiedade podem surgir ainda na infância e se prolongarem ao longo da vida, caso não sejam tratados devidamente.

Segundo a APA (2014), os transtornos de ansiedade podem ser: o transtorno de pânico, a agorafobia, o transtorno de ansiedade generalizada, a fobia social, as fobias



### Artigo

específicas, o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno obsessivo compulsivo. Os transtornos de ansiedade já se tornaram tão comuns em meio a sociedade que os indivíduos acabam por efetuar o autodiagnóstico sem possuir sequer a percepção sobre as possibilidades de tratamento e suas diferentes formas de manifestação.

O transtorno do pânico está ligado àquelas situações que fazem com que surja o pânico de maneira inesperada, podendo vir a causar palpitação, sudorese, taquicardia e tantos outros sintomas no sujeito que fazem com que ele passe a ter seu estado de saúde instável durante a crise (LEVITAN; RANGÉ; NARDI, 2008). Seguindo o pensamento exposto por Zuardi (2017, p. 57), entende-se que “o diagnóstico de um Ataque de Pânico não significa necessariamente o diagnóstico de um Transtorno do Pânico. Para se firmar esse diagnóstico são necessárias outras condições além do Ataque de Pânico”.

Levitan, Rangé e Nardi (2008) relatam que o termo “agorafobia” é utilizado para identificar o medo que as pessoas possuem sobre estarem presentes em lugares abertos, necessitarem manter contato social fora de suas residências ou em espaços onde acreditam que o socorro pode vir a não ocorrer. Barlow (2016) menciona que a agorafobia vai além da definição acima apresentada, podendo ser colocada enquanto uma fobia que envolve a presença do indivíduo dentro de transportes públicos, espaços fechados que possuem difícil acesso, estar sozinho em casa ou em lugares que são considerados longe de sua residência.

Quando o indivíduo demonstra um estado de ansiedade generalizada, afirma-se que ele possui o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), sendo que este é caracterizado por uma preocupação crônica, considerada evasiva e excessiva, vindo a causar prejuízos no funcionamento físico e mental em meio as atividades cotidianas (ENGSTER, 2013). Segundo Zuardi (2017), o TAG pode ser considerado um dos transtornos psiquiátricos com menor probabilidade de diagnóstico, pois os pacientes geralmente buscam clínicos gerais que possam amenizar as crises de modo imediato, já que estas apresentam sintomas físicos, como a taquicardia, a sudorese excessiva, a insônia e a fadiga.

Segundo o DSM – V (APA, 2014), quando o indivíduo está numa situação que envolve a avaliação da sociedade e é desencadeada a ansiedade acompanhada pelo medo de efetuar alguma ação considerada incomum ou anormal pelos outros, este pode vir a possuir a fobia social. D’el Rey e Freedner (2006) informam que a fobia social também pode ser chamada enquanto Transtorno de Ansiedade Social, vindo a causar



### Artigo

diversas perdas de oportunidades nos indivíduos que sofrem com essa patologia, porém ainda encontram-se poucos estudos que buscam lidar com esta temática de maneira mais específica, encontrando-a em meio a literatura científica de modo consideravelmente breve e generalista junto aos outros transtornos que envolvem ansiedade.

A fobia específica é caracterizada pelo surgimento do medo em relação a algum objeto ou situação específica, onde o sujeito percebe o aparecimento do medo excessivo quando necessita estar inserido numa situação que o coloque em relação com o seu núcleo fóbico (APA, 2014). Com base no pensamento exposto por Ramos (2007) entende-se que a aquisição da fobia específica ainda está sob estudo e é foco de diversas discussões, entretanto estudiosos sobre essa temática acreditam que a mesma é adquirida através de condicionamento ou aprendizado, enquanto as outras fobias geralmente surgem de maneira mais voltada à espontaneidade.

O DSM – V (APA, 2014) relata que o indivíduo que possui o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) evita inserir-se em situação que façam com que lembranças de eventos traumáticos sejam rebuscadas, pois o medo – nesse caso – se concentra sobre a possível perda de pessoas amadas em meio às modificações causadas por tais eventos. Segundo Figueira e Mendlowicz (2003):

*São duas as características centrais do TEPT: o evento traumático – a exposição a um evento que envolva a ocorrência ou a ameaça consistente de morte ou ferimentos graves para si ou para outros, associada a uma resposta intensa de medo, desamparo, ou horror; e a tríade psicopatológica – em resposta a este evento traumático, desenvolvem-se três dimensões de sintomas: o re-experimentar do evento traumático, a evitação de estímulos a ele associados e a presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica (pp. 12-13).*

Por último, enquanto transtorno de ansiedade, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) possui como principal característica a presença de obsessões e/ou compulsões, sendo que este primeiro se refere a eventos mentais – ideias, imagens e impulsos – construídos através de algum substrato da mente enquanto o segundo está relacionado com comportamentos repetitivos que buscam auxiliar na diminuição da ansiedade (ROSÁRIO-CAMPOS; MERCADANTE, 2000). Além de apresentar compulsões e obsessões, o indivíduo com este transtorno ainda pode apresentar



### Artigo

evitações, neutralizações, hipervigilância e lentidão com a intenção de produzir certo alívio sobre seus pensamentos e comportamentos (CORDIOLI, 2017).

Autores como Mestre e Corrasa (2000), Grazziano e Bianchi (2004) e Arruda (2006) afirmam que a ansiedade pode ser desencadeada por alguns fatores, a exemplo de problemas com o sono, preocupações excessivas, tensão muscular, medo e insegurança. Ao se refletir sobre o contexto mais voltado ao sertão paraibano, encontra-se facilmente – de maneira empírica – pessoas que descrevem possuir esses fatores fazendo parte de seus cotidianos ativamente. Provavelmente pelo ritmo de vida que é levado e pelo pouco suporte que esses espaços oferecem, seja pensando em questões voltadas à saúde física e mental ou até mesmo no desenvolvimento econômico dos diferentes contextos.

Com base em Grazziano e Bianchi (2004), entende-se que ter uma noite de sono tranquila e contínua é o mais aconselhável, porém sabe-se que nem todos os indivíduos conseguem fazê-lo. Há sempre situações que interferem diretamente neste repouso do corpo e da mente, onde preocupações cotidianas – sejam com os filhos, com o emprego, com a relação conjugal e tantos outros – acabam por ocupar maior espaço dentre os pensamentos, não permitindo o desligamento por completo nos momentos de descanso. Pode-se pensar ainda em situações outras que possuem interferência direta com o sono, como o espaço apropriado para esse momento ou a organização dos horários.

Essas preocupações excessivas que atingem diversos indivíduos podem ser o ponto fundamental no surgimento da ansiedade, ficando presente até o momento em que a situação base que deu origem à preocupação venha a ser solucionada. Ou seja, quando o indivíduo consegue perceber essa situação torna-se mais provável o controle sobre a ansiedade e o encontro com a solução daquilo que ele percebe enquanto problema. Muitas vezes essas preocupações podem vir a causar as tensões musculares, que são apresentadas enquanto outra causa da ansiedade, assim como dito anteriormente (ARRUDA, 2006).

Mestre e Corrasa (2000) explicam que as tensões musculares podem atingir desde questões consideradas mais amplas – como a contração dos músculos que se encontram na altura dos ombros – até mesmo em situações que são interpretadas enquanto simples e comuns – como o ato de pressionar a mandíbula ou tencionar os punhos. Buscando perceber o contexto estudado, facilmente encontra-se pessoas com altas cargas de trabalho e preocupações extremas que acabam desenvolvendo esse tipo de tensão muscular na intenção de reduzir o cansaço e – consequentemente –



### Artigo

desenvolvem situações, sentimentos e sensações ansiosas. Tal cansaço pode estar diretamente interligado ao medo e a inseguranças, geralmente voltadas ao futuro (RAMOS, 2007) e acredita-se que tais situações são – na verdade – um complemento à toda explanação desenvolvida até o presente momento.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa breve reflexão sobre a ansiedade e algumas de suas diversas formas de manifestação, pode-se perceber que é algo sempre presente no dia-a-dia dos indivíduos, em alguns momentos identificada de maneira mais fácil e noutros momentos chegando a ser confundida com outras situações. Entretanto – em meio a uma reflexão consideravelmente superficial sobre a temática – levanta-se a hipótese que tantas situações ansiosas podem estar diretamente ligadas ao estilo de vida que é levado pelos sujeitos, onde há sobrecarga relacionada aos seus deveres, além da competitividade e do consumismo que é imposto pelo que ficou conhecido como globalização.

Ao final da análise dos dados coletados e da possível discussão realizada percebe-se que o estudo caminha ao lado dos outros apresentados no território brasileiro, já que vários dados coincidiam com os resultados alcançados por outros pesquisadores, mesmo que seja de conhecimento comum que o Brasil possui vasto território geográfico, o que faz com que as variáveis se apresentem de diversas maneiras em cada espaço. Entretanto, percebeu-se que as demandas encontradas na Clínica-Escola Integrada apresentam-se de maneira mais específica e voltadas à realidade onde a instituição está inserida.

No momento da coleta de dados através das fichas de triagem uma das maiores dificuldades encontradas foi perceber que diversas fichas possuíam informações sem preenchimento e que são consideradas fundamentais no primeiro contato com o usuário do serviço. Muitas das fichas foram excluídas da pesquisa por não apresentarem nenhum dado nos quesitos “razão da queixa” ou “período no qual a queixa é apresentada”, sendo que se consideraram aquelas que possuíam respostas em que o próprio cliente não conseguia identificar algum desses pontos, mas que isso havia sido escrito pelo responsável da triagem. Dessa forma, esta pesquisa também poderá auxiliar a encontrar – inicialmente – os pontos considerados frágeis nos acadêmicos no momento de completar a ficha de triagem, vindo a estimular a necessidade de haver





**Artigo**

dados considerados importantes na escrita, mesmo que tais dados sejam apresentados como “não identificado pelo cliente” ou termos do gênero.

**REFERÊNCIAS**

AMARAL, A. E. V.; LUCA, L.; RODRIGUES, T. C.; LEITE, C. A.; LOPES, F. L.; SILVA, M. A. Serviços de Psicologia em Clínicas-Escola: revisão de literatura. **Boletim de Psicologia**, v. 17, n. 36, p. 37-52, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARRUDA, M. C. C. **A modificação comportamental da ansiedade de universitários em situações de exposições orais**. Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília: Brasília, 2006.

BAPTISTA, A.; CARVALHO, M.; LORY, F. O medo, a ansiedade e suas perturbações. **Psicologia**, v. 19, n. 1-2, Lisboa, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda., 1977.

BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, supl.1, pp.12-16, 2003.

BRITO, S. A psicologia clínica: procura de uma identidade. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Pessoa**, v. 5, n. 1, p. 63-68, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Regulação dos serviços de saúde mental no Brasil: Inserção da Psicologia no Sistema Único de Saúde e na Saúde Complementar**. Brasília: CFP, 2013.





**Artigo**

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº. 466**. 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 22 de junho de 2017.

CORDIOLI, A. V. **Vencendo o transtorno compulsivo-obsessivo: manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

D'EL REY, G. J. F.; FREEDNER, J. J. Depressão em pacientes com fobia social. **Psicologia e Argumento**, Curitiba, v. 24, n. 46, p. 71-78, 2006.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ENGSTER, D. T. **Transtorno de ansiedade generalizada**. 2013. Disponível em <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2383/TCC%20CORRIGIDO.pdf?sequence=1> Acesso em 20 de abril de 2018.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade, **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 381-387, 2004.

GAUY, F. V.; FERNANDES, L. F. B. Resenha: um panorama do cenário brasileiro sobre atendimento psicológico em clínicas-escola, **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 401-404, 2008.

GRAZZIANO, E. S.; BIANCHI, E. R. F. Nível de Ansiedade de Clientes Submetidos a Cineangiogramas e de seus Acompanhantes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.2, 2004.

HERZBERG, E. Efeitos psicoterapêuticos do processo psicodiagnóstico: Vivências do psicólogo em formação. **Anais do Congresso Nacional de Avaliação Psicológica**. Porto Alegre, 69-82, 1999.



**Artigo**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades**. 2017. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250370&search=paraiba|cajazeiras|infograficos:-informacoes-completas> Acesso em 26 de junho de 2017.

LEVITAN, M.; RANGÉ, B.; NARDI, A. E. Habilidades sociais na agorafobia e fobia social. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 24, n. 1, p. 95-100, 2008.

MARCONI, M. de A., LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MESTRE, M.; CORASSA, N. Da ansiedade à fobia. **Revista Psicologia Argumento**. Ano XVIII, Nº XXVI, abril 2000.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº4.119**, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão do psicólogo. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L4119.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm) Acesso em 30 de junho de 2017.

RAMOS, R. T. Fobias específicas: classificação baseada na fisiopatologia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 4, p. 196-198, 2007.

ROMARO, R. A.; CAPITÃO, G. C. Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco, **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 5, n. 1, p. 111-121, 2003.

ROSARIO-CAMPOS, M. C. do; MERCADANTE, M. T. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22, 2000.

SAMPIERI, R. H., CALLADO, C. F., LUCIO, M. P. Del B. **Metodologia de pesquisa**. 5ª Ed. Porto Alegre: Pensa, 2013.



**Artigo**

SILVA, D. da. **Instrumentos de avaliação de ansiedade, depressão e quantidade de vida de pacientes pré/pós transplante de células-tronco hematopoiéticas**: uma revisão sistemática. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná: Curitiba, 2017.

TOZONI-REIS, M. F. de C. **Metodologia da pesquisa**. 2ª Ed. Curitiba: IESDE Brasil S. A., 2009.

ZUARDI, A. W. Características básicas do transtorno de pânico. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 50 (supl. 1), p. 56-63, 2017.



**Artigo**

**DO DIAGNÓSTICO UNIVERSAL AO DIFERENCIAL; DO AUTISMO AOS  
AUTISTAS: PROBLEMATIZANDO O DIAGNÓSTICO E INVESTIGANDO  
SUAS IMPLICAÇÕES PARA O AUTISMO**

Juliana fonsêca de almeida gama<sup>1</sup>  
Maria cristina maia de oliveira fernandes<sup>2</sup>

**RESUMO** - O autismo ocupa, hoje, no mundo, um lugar de destaque entre as diversas formas de sofrimento psíquico e constitui um fecundo campo de pesquisa para a Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise, cada uma dessas áreas disputando, entre si, descobertas que definam o autismo, quais as suas causas, meios, formas diagnósticas e tratamentos. Contudo, nessa disputa clínico-epistemológica, percebemos que, ainda que haja um intenso debate sobre o tema, não há consenso entre as Ciências da mente. Partindo da ausência de consenso entre a Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise sobre o autismo, o objetivo dessa pesquisa centrou-se na investigação do papel que a psicanálise pode assumir no contexto contemporâneo da (psico)patologia, diante de uma hegemonia do DSM, na psiquiatria e em algumas psicologias, escapando à relação de externalidade que a atualidade teima em assumir. Visando o alcance desse objetivo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada em revisão de literatura, no âmbito da psicanálise, sobre sua relação com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e os autismos. Há, na clínica, um aumento vertiginoso de casos de autismo com múltiplas maneiras de manifestação e graus que convocam a pensar sobre a incidência, na atualidade, deste fenômeno tão facilmente diagnosticado por médicos e profissionais afins, até mesmo de outras áreas. Este processo diagnóstico, sob o custo de submergir a subjetividade da criança, geralmente vem acompanhado de prescrições medicamentosas, muitas vezes incompatíveis ou pouco adequadas à idade, mas que mantém um mercado. Assim, consideramos ser esta pesquisa, de vital importância no campo da saúde, que tem, dentre outras intenções, a proposição de inovações e o enfrentamento dos desafios inerentes a área. Dessa forma, a temática nos inspira a

---

<sup>1</sup>Psicóloga, mestre em psicologia, doutoranda em psicologia clínica. Professora substituta da UEPB. Professora das FIP.

<sup>2</sup>Psicóloga, mestranda em psicologia clínica pela UNICAP; Membro da Associação Mundial de Psicanálise.



### Artigo

discutir, mas também a ir além, à necessária orientação aos profissionais para uma prática que ultrapasse a pedagogia e a medicalização, tão utilizadas no campo da Saúde do nosso país. Diante do autismo, portanto, a proposta da psicanálise para essa causa é, longe de investir numa normatização, apostar no sujeito, convocando a implicação das famílias e/ou cuidadores nesse processo, junto as ciências, numa perspectiva que se propõe a ir além de um diagnóstico.

**Palavras-chave:** Diagnóstico, Psicanálise, Autismo, DSM.

**ABSTRACT** - Autism today occupies a prominent place among the various forms of psychic suffering and constitutes a fruitful field of research for Psychiatry, Psychology and Psychoanalysis, each of these areas disputing among themselves discoveries that define the autism, what causes, means, diagnostic forms and treatments. However, in this clinical-epistemological dispute, we realize that, although there is an intense debate on the subject, there is no consensus among the Sciences of the mind. The aim of this research was to investigate the role that psychoanalysis can play in the contemporary context of (psycho) pathology, in the face of a DSM hegemony, in the absence of consensus between Psychiatry, Psychology and Psychoanalysis on autism, in psychiatry and in some psychologies, escaping the externality relation that the actuality stubbornly assumes. Aiming at the achievement of this objective, a literature review was carried out based on literature review in the scope of psychoanalysis, its relationship with the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and autisms. There is, in the clinic, a dizzying increase in cases of autism with multiple ways of manifestation and degrees that call for thinking about the incidence, at the present time, of this phenomenon so easily diagnosed by doctors and related professionals, even from other areas. This diagnostic process usually comes with drug prescriptions, often incompatible or not adequate for the age, but which maintains a market, at the cost of submerging the subjectivity of the child. Thus, we consider this research to be of vital importance in the field of health, which has, among other intentions, the proposition of innovations and the confrontation of the inherent challenges in the area. In this way, the theme inspires us to discuss, but also to go beyond, to the necessary guidance to professionals for a practice that goes beyond pedagogy and medicalization, so used in



**DO DIAGNÓSTICO UNIVERSAL AO DIFERENCIAL; DO AUTISMO AOS AUTISTAS:  
PROBLEMATIZANDO O DIAGNÓSTICO E INVESTIGANDO SUAS IMPLICAÇÕES**

**PARA O AUTISMO**

Páginas 150 a 162

### Artigo

the health field of our country. In the face of autism, therefore, the proposal of psychoanalysis for this cause is, far from investing in a normalization, bet on the subject, calling the involvement of families and / or caregivers in this process, together with the sciences, in a perspective that proposes to go beyond a diagnosis.

**Keywords:** Diagnosis, Psychoanalysis, Autism, DSM.

## INTRODUÇÃO

Vivemos no mundo das urgências. Muito para hoje e pouco para daqui a pouco, depois de um olhar e uma escuta mais detida. Quão difícil tem sido lidar com as incertezas, com o que nos parece ainda da ordem do inclassificável, mas do qual cremos ter que dar conta pela via do saber totalitário e absoluto? Além disso, o quanto tem sido difícil lidar com o veloz aparecimento de demandas e questões atropeladas pelos novos e velhos funcionamentos humanos e subjetivos, que costumam desembocar nos corpos cada vez mais marcados e à mostra? Temos novos recursos para ver o outro e agir sobre ele, ou temos mais e mais intensas necessidades de controle? Seriam as nossas dificuldades de lidar com a falta, com o não-saber, que estariam em alta e que têm se colocado de maneira mais violenta ou outras coisas?

Diante dessas implicações, os questionamentos seguem se multiplicando a partir de uma questão ainda singular nos discursos, mas não tão singular assim nas receitas e manuais – os diagnósticos que assolam os sujeitos e os excessos aos quais nos encontramos submetidos na atualidade. Falando sobre isso, Laurent (2013, p.37) aponta uma discussão que, neste trabalho, se coloca como questão central: “*De onde vêm essas estranhas mutações da espécie humana, que fazem com que, em 20 anos, certas patologias se multipliquem por 30?*”.

*Todo mundo está fascinado pelos diagnósticos e esquece um pouco o porquê de todo esse sistema. Quaisquer que sejam os modos de regulação, a produção de etiquetas produz uma inflação. [...] Querer reduzir sintoma a itens simples, empíricos, claramente observáveis, sem equívocos é, em si mesmo, um modo de raciocínio inflacionário (LAURENT, 2013, p. 44-45).*



**DO DIAGNÓSTICO UNIVERSAL AO DIFERENCIAL; DO AUTISMO AOS AUTISTAS:  
PROBLEMATIZANDO O DIAGNÓSTICO E INVESTIGANDO SUAS IMPLICAÇÕES**

**PARA O AUTISMO**

**Páginas 150 a 162**

### Artigo

Levar a frente uma discussão como essa implica, antes de tudo, pensar sobre o momento histórico no qual estamos inseridos; sobre os referenciais que estamos utilizando para isso e a que estamos nos propondo.

Assim sendo, antecipamos que, sobre o momento histórico atual, recorreremos a Bauman (2007), que nos fala sobre aquilo que passa nos jornais, nos corredores, elevadores, ruas, redes sociais, clínicas e demais espaços humanos – a era da modernidade líquida, com "um mundo repleto de sinais confusos, propenso a mudar com rapidez e de forma imprevisível" (p.7); a era da misteriosa fragilidade dos laços humanos que nos conduz a agarrar algo que talvez não passe: uma categoria diagnóstica; um enquadramento. Tal fragilidade, camuflada pela rigidez das afirmações sábias que falam sobre o que se mostra na espécie, a olho nu, esquece-se, tantas vezes, da âncora que se ata a cada um, em sua singularidade.

Saturados, fartos, cansados, exaustos, adoecidos, extasiados, depressivos, saciados. Esses são termos que circulam indicando trabalho, investimento e consequência. Mas o ponto é: *de onde veio isso? Por quê? Para quem?* Nesse sentido, seguindo com nossa pesquisa, a proposta é pensar sobre os avanços e abusos das demandas e certezas diagnósticas, sobretudo com relação às crianças nas quais supomos a crescente “categoria” diagnóstica do autismo. Dito de outra forma, propomo-nos a pensar sobre *“as novas formas de controle da infância e às crises que acompanham sempre, como sua sombra, essas modalidades de controle de um real que escapa”* (LAURENT, 2013, p.37).

As crianças, de maneira geral, parecem saturadas por saberes, por ofertas, por demandas, por medicamentos e pelas imagens que delas se proliferam, numa profusão nunca antes vista (EBP – Minas Gerais). Paradoxalmente, diante desses excessos, como comenta Laurent (2013), elas encontram-se sozinhas, entediadas e desorientadas frente à angústia e ao mal-estar daqueles que lhes dizem mais do que suportam ser. “Nossa hipótese é que, a partir do sofrimento psíquico e de um mal-estar inominável, são os diagnósticos que se proliferam e as palavras do vocabulário psiquiátrico que constituem o conjunto de signos e fazem falar” (TRAVAGLIA, 2014). É, portanto, dentre outros fatores, que surgem, como efeito da propagação dessas formações discursivas sobre a saúde mental da criança, um efeito de adoecimento da infância.





### Artigo

Seguindo essa discussão e pensando o autismo, vê-se que ele ocupa, hoje, no mundo, um lugar de destaque entre as diversas formas de sofrimento psíquico e constitui um fecundo campo de pesquisa para a Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise, cada uma dessas áreas disputando, entre si, descobertas que definam o autismo, quais as suas causas, meios, formas diagnósticas e tratamentos. Contudo, nessa disputa clínico-epistemológica, percebemos que, ainda que haja um intenso debate sobre o tema, não há consenso entre as Ciências da mente. Partindo da ausência de consenso entre a Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise sobre o autismo, nos interessamos pelo papel que a psicanálise pode assumir no contexto contemporâneo da (psico)patologia, diante de uma hegemonia do DSM, na psiquiatria e em algumas psicologias, escapando à relação de externalidade que a atualidade teima em assumir.

Sabemos que, apesar dos avanços importantes que a ciência tem alcançado ao longo de séculos, o autismo – ou Transtorno do Espectro Autista, como é também denominado hoje – continua sendo um enigma no que diz respeito ao diagnóstico, ao tratamento, bem como ao manejo diante de atitudes ditas “bizarras” dos autistas. Entretanto, o curioso é que, se antes podíamos falar de exceções, hoje o autismo, apesar do desconhecido, é uma temática que se aproxima da banalidade, beira a epidemia pela excessiva incidência, apesar de não haver um exame específico que o detecte. Sobre isso, é importante esclarecer que seu diagnóstico é delegado a um movimento empírico, pautado na observação de sinais, sintomas, comportamentos e questionários padronizados, iguais para todos, que não consideram a particularidade dos sintomas e, menos ainda, a singularidade de cada criança.

É assim que, a cada dia, deparamo-nos, na clínica, com o aumento vertiginoso de casos de autismo que apresentam múltiplas maneiras de manifestação e graus, e nos convocam, enquanto profissionais da área, a pensar sobre sua incidência na atualidade, ou seja, a pensar sobre este fenômeno que tão facilmente, médicos e profissionais afins, até mesmo profissionais de outras áreas, autorizam-se tão rapidamente a diagnosticar e inserir uma pessoa numa categoria clínica. Sem contar que esse processo diagnóstico geralmente vem acompanhado de prescrições medicamentosas, muitas vezes, incompatíveis, ou pouco adequadas à idade, com relação às quais não se leva em conta seus efeitos colaterais – que podem ser desastrosos – na vida das crianças ditas autistas.

No nosso percurso clínico, especificamente, é evidente uma tendência e preocupação com a formação da criança, o que, conseqüentemente, nos remete ao que



### Artigo

convivemos na atualidade, que é o empuxo ao diagnóstico (principalmente de autismo e seus nomes), a medicalização da criança, sobretudo no sentido de contenção, para evitar determinados comportamentos que incomodam aos pais, educadores ou quem quer que se ocupe com o autista. Mas isso tem seu preço, literalmente. Se paga com a vida subjetiva, e mantém-se um mercado, na direção do desejo de produção de crianças e de um mundo sem defeito algum.

Diante dessas questões e da problemática diagnóstica, além de seus abusos, consideramos esta pesquisa como sendo de vital importância no campo da saúde, que tem, dentre outras intenções, a proposição de inovações e o enfrentamento dos desafios inerentes à área. Essa conclusão advém da ideia de que a temática nos inspira a discutir, mas também nos inspira a ir além, pensando na necessária orientação aos profissionais para uma prática que ultrapasse a pedagogia da medicalização tão marcada no campo da Saúde do nosso país.

#### **DO DIAGNÓSTICO AO DIFERENCIAL. DO AUTISMO AOS AUTISTAS.**

*“[...] Pode-se dizer que, se há um lugar em que se exerce uma loucura especial na relação com a criança, é no âmbito das etiquetas resultantes das ditas patologias da infância” (LAURENT, 2013, p. 43)*

De forma sucinta, a celeuma do Autismo teve início recentemente. Em 1943, Leo Kanner, psiquiatra austríaco radicado nos Estados Unidos, fez a primeira descrição do conceito após observar, em seus estudos, a peculiaridade dos casos clínicos de crianças que apresentavam dificuldades em estabelecer laços sociais (SCHWARTZMAN, 2003). Nessa época, o quadro diagnóstico era raro, seguindo-se assim até 1952, quando, pela primeira vez, foi incluída uma seção dedicada aos transtornos mentais nas descrições clínicas da primeira edição do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders<sup>3</sup>).

Nesse contexto, o DSM-I considerava os transtornos mentais como reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos (APA, 2002), fazendo uso de

---

<sup>3</sup>Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.



### Artigo

termos que indicavam a influência da psicanálise em sua construção. Nele, o autismo apareceu como um sintoma da “Reação Esquizofrênica - Tipo Infantil”, categoria na qual se encaixavam as crianças que apresentavam comportamentos entendidos como autísticos. Nessa primeira edição, portanto, o autismo não ocupa ainda o lugar de entidade nosográfica.

Com DSM-II (1968), a classificação passou a ser “Esquizofrenia tipo infantil”, equivalente a “Reação Esquizofrênica” do DSM-I. Os comportamentos entendidos como autísticos ainda eram tomados como manifestações da esquizofrenia na infância, ou seja, como um sintoma. O DSM - III (1980) e sua revisão (DSM-III-TR, 1987), por sua vez, apresentaram outra perspectiva, trazendo o Autismo, pela primeira vez, como entidade nosográfica. Foi, enfim, criada a classe diagnóstica *Pervasive Developmental Disorders*<sup>4</sup> (PPD), no qual o “Autismo Infantil” apareceu como uma das subcategorias e, na revisão, foi modificado para “Transtorno Autístico”. A partir daí, após ter sido erradicado do DSM o diagnóstico de psicoses infantis, uma onda de autismo alastrou-se como se fosse epidemia, a ponto dos casos chegarem a triplicar, segundo dados da Sociedade Brasileira de Psiquiatria. “O autismo se transforma num diagnóstico convencional na prática psiquiátrica, tornando-se mais comum ainda nos anos seguintes” (R. R. GRINKER, 2010, pág.120).

O DSM IV (1994), assim como sua revisão, afastado das ideias psicanalíticas passou a sofrer maior influência da farmacologia e dos resultados das pesquisas em neurociências, e ali, mais do antes, passa-se a perder o sujeito de vista. Surgem novas e múltiplas classificações que colocam o Manual como suporte (des)educativo para o ensino de psicopatologia e discussões sobre Saúde Mental. Aqui encontra-se a pergunta: *para onde e com quem estamos caminhando?*

Laurent (2013, p.43), comentando esse percurso afirma que “se é possível dizer que, se há um sintoma da crise de controle da infância, este se encontra nessa inflação que invade todo o sistema DSM, que prefiro chamar “Zona DSM” – como há Zona do Euro –, porque essa moeda da epidemiologia se fabrica sem controle suficiente. Esse comentário segue a crítica feita por Allen Frances, um dos protagonistas da criação do DSM IV, ao próprio Manual que, segundo avaliação dele, é muito superficial, pois o que tem sobressaído é mais o conflito de interesses intelectuais, com disputas entre

---

<sup>4</sup> Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD).



### Artigo

peritos a fim de superestimar e expandir seus campos de especialidade, do que uma dedicação às causas das quais se fala, “transformando todos os problemas da vida cotidiana em transtornos mentais” (LAURENT, 2013, p.44).

Longe de abordar o autismo como um problema da vida cotidiana, a psicanálise o considera em sua singularidade, que convoca o plural. Portanto, fala-se nos *autismos*, e não no autismo, como se fosse uma simples categoria diagnóstica a ser descrita e distribuída. Antes, fala-se no plural do singular com o intento de que o Autismo seja considerado uma maneira de estar no mundo; que seja pensado e cuidadosamente discutido com aqueles que mais poderiam ensinar sobre o tema: os autistas, as famílias e cuidadores, para além de uma concepção de patológica.

Retomando os caminhos do DSM, atualmente vigora o DSM – V (2013), que introduziu novas mudanças, dentre elas, a extinção dos Transtornos Globais do Desenvolvimento e a criação de uma única categoria diagnóstica para os casos de Autismo – “Transtorno do Espectro do Autista” – que independe de suas diversas formas de apresentação. Incluídos no “espectro” e sendo identificáveis apenas pela observação, as linhas tornam-se muito tênues entre o Autismo e o não-autismo, afinal, ele é um contínuo, que, assim sendo, concorre para o lugar de um dos principais diagnósticos psiquiátricos infantis ao lado do TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) .

Para a Psiquiatria, então, o autismo, hoje denominado Transtorno do Espectro Autista, é caracterizado, sobretudo, por comportamentos repetitivos, alterações nas habilidades sociais e cognitivas. Dessa forma, o Autismo está incluído entre os transtornos invasivos do desenvolvimento, sendo descrito como transtorno no desenvolvimento da linguagem e da interação social. Diante disso, cada vez mais questionamentos se colocam.

O que dizer, com base nas confusões entre a Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise, quando o corpo, a subjetividade e a história pessoal e singular de uma criança são marcados pelo significante “autista”? Posta a questão de outra forma: como esse significante é introduzido no universo linguajar dos pais? Como estes o usam? Quais as consequências para a criança diagnosticada com esse termo e socialmente rotulada? Como tem sido notificado esse significante-diagnóstico e o que sobre ele tem sido dito pelo médico-comunicante aos genitores da criança? Ou ainda, o que tem sido



### Artigo

feito com esse diagnóstico diante da gravidade do caso e do ponto de vista do imaginário cultural e além do “sonho do filho idealizado”?

Seguindo o referencial psicanalítico, como fora proposto, podemos nos perguntar também, como pode aí operar o psicanalista, tanto na clínica privada, quanto nas instituições que oferecem um espaço para a criança autista?

### O QUE A PSICANÁLISE TEM A DIZER SOBRE OS AUTISMOS?

Longe de investir numa normatização, numa pedagogia ou até mesmo em práticas educativas, a proposta da psicanálise tem sido mobilizar os autistas, colocá-los a trabalho. Longe também de jogar fora as ideias construídas junto às investigações médicas, antropológicas e pedagógicas sobre o autismo, a proposta é fazer dessas invenções, algo além e maior do que um engessamento ou controle que marcam a lógica atual do autoritarismo classificatório, que tem como efeitos, a massificação segregativa produzida por Manuais e excessos de saber com restos perversos.

Nesse contexto,

*O psicanalista deve poder ouvir a singularidade dos sintomas no interior das classes de patologias, antigas ou novas – por exemplo, no interior do campo do autismo, que, agora, tem uma importância particular, pelo fato de serem concebidas leis para responder às demandas dos pais confrontados aos vários problemas colocados por essa dificuldade (LAURENT, 2013, p.46).*

Consideramos, então, o cuidado que se deve ter para que esse movimento diagnóstico não incorra em demandas de melhorias, retificações ou normalização, mas que, na contramão do discurso vigente nas ciências – o que inclui uma medicalização desregrada que paralisa os autismos – se ampliem espaços para que os autistas tenham vez e, quem sabe, voz.

*O discurso das burocracias sanitárias apressa-se em responder a essa urgência, propondo a aprendizagem comportamental para todos*



### Artigo

*como único remédio, o que não silencia a voz dos autistas, especialmente dos de alto nível (LAURENT, 2013, p.47).*

Essas afirmações inspiram-se no reconhecimento de que nossas práticas têm mostrado o quanto é importante não recorrer à pressa para um momento de concluir, com práticas que só contribuem para o engessamento e consequente imobilidade da criança numa posição extremamente mortífera. Mas que, ao contrário, é preciso insistir, deter-se infinitamente num tempo de compreender, acolhendo seus ditos movimentos estereotipados, gritos sem endereço, apego aos seus objetos, repetições, encapsulamentos, numa tentativa de que ela tome a direção da invenção de algo que aponte para uma possível alteridade.

Podemos, assim, atestar que não há o que “tratar”, mas há, sim, o que apreender, o que captar, o que extrair, num trabalho minucioso, rigoroso, preservando radicalmente a singularidade, ou seja, cada autismo por si só e a maneira como cada sujeito escolheu para regular a ação e os efeitos da palavra que lhes causam tanto mal e como é possível mudar sua relação com o mundo do qual ele se defende. Dito de outra forma, é preciso considerar que os autistas, com seus autismos, inventam suas singulares maneiras de estar no mundo, ainda que estas invenções incluam a manipulação constante e diária de objetos escolhidos por eles ou outras estranhezas.

Diante disso, retificando o que já fora exposto, em sua insistente investigação e formação, o psicanalista, segundo Laurent (2013), deve fazer ouvir a palavra dos que não podem fazê-lo por si mesmo e, ainda, levar em conta a angústia daqueles quem pensam “controlar” as populações, confrontado com sua impotência.

*À medida que se produz o que Lacan chamou dos impasses da civilização, especialmente no campo do controle da infância, as armas dadas pela psicanálise e pelas disciplinas críticas que a acompanham vão permitir restaurar as margens da singularidade. Essa singularidade, sobre a qual a psicanálise coloca o acento, é o avesso do discurso do mestre que promove solidão em massa (LAURENT, 2013, p.47).*





### Artigo

É comum escutar em alguns ditos que, no autismo, não há sujeito e que é por isso que ele não responde, nem dirige o olhar; que o autista está imerso em um mundo só dele, e não percebe, nem sente todo o resto. No entanto, o que parece acontece é que os autistas, com seus autismos, dão uma resposta que choca o que chamamos de padrão e acabam por serem rotulados por um diagnóstico que os limita apesar da roupagem ilusória de amplitude sob a denominação de “espectro”. Em contrapartida, apesar das controvérsias existentes no campo teórico e prático, a psicanálise se dispõe a um trabalho diferenciado, antecipando, assim, nos autistas, sujeitos, que para muitos não existem.

É lançado, então, à psicanálise e aos analistas, o desafio de apostar no sujeito, convocando a implicação das famílias e/ou cuidadores nesse processo, além das ciências, numa perspectiva que se propõe a ir além de um diagnóstico. É esse o lugar da psicanálise, visto que apesar do direcionamento do tratamento se pautar no singular de cada sujeito, se faz necessário uma teoria, na qual possa ser dada uma orientação nesse percurso (PIMENTA, 2003).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade moderna, visando “melhorar” a vida em comum, vem intensificando, através de normas legais e regras do trato social, limitações às condutas dos indivíduos. Contudo, essa padronização tem interferido de forma direta no poder de alteridade do outro. Em vista disso, a sociedade normativa tem proposto modelos de comportamentos em categorias limítrofes desde a infância cada vez mais subordinada. E é dentro desse padrão normativo, construído socialmente, que o sujeito autista é confrontado pelo seu modo de estar no mundo.

Dentro desse contexto, é bem verdade que não apenas um discurso circula. Sobre as duas Ciências - a médica e a psicológica - tem predominado o pensamento psiquiátrico, quer seja no que diz respeito à taxonomia de tal “síndrome”, quer seja no que tange ao “tratamento”, eminentemente farmacológico. A hegemonia da Psiquiatria sobre os demais saberes *psi* manifesta-se no que se pode caracterizar como uma verdadeira “epidemia” de diagnósticos de autismo, logo ela que há pouco se anunciou contra uma psicanálise que procura furar sua insistência de controle.





### Artigo

Não há dúvidas de que os autistas são crianças que, de alguma maneira, entre outros sintomas, recusam-se a entrar no universo das linguagens usuais, não cedem sua voz a uma articulação com o outro. Perguntamo-nos: *por que esta recusa?* E não conformações em categorias universais que tragam traços que se justificam por si só. É preciso não silenciar o autismo, mas pensar o lugar do autista, aí onde ele rechaça um apelo ao outro, onde recusa a deixar-se capturar pela linguagem, bem como os efeitos deste diagnóstico nas famílias.

O autista, diante de um Outro que para ele, de antemão, apresenta-se maciço, invasivo, precisa se proteger. Para isto, ele empreende uma frenética empreitada, em que também pode chegar a dissociar linguagem e voz. Em consequência desta disjunção – se ela ocorrer – sua fala se torna vazia, sem endereço, literal, puro enunciado, mas que vai lhe servir como anteparo ao que vem do outro. Assim, o clássico encapsulamento tão minuciosamente descrito por vários autores que se dedicam ao tema do autismo, em que tão comumente, vemos o autista se encerrar, seria sua “bolha de proteção”.

Como tirar de alguém aquilo que lhe protege? Como afetar ainda mais alguém com aquilo que lhe desprotege?

Na sociedade contemporânea, diante do quadro estatístico pessimista representado pelas estatísticas que dizem haver, num futuro próximo, cada vez mais casos de autismo, faz-se necessário refletir sobre essa incidência brutal, encarar o problema de frente e averiguar possibilidades e saídas possíveis em cada área específica de atuação.

### REFERÊNCIAS

APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4ª ed. Texto Revisado. DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GRINKER, R.R. **Autismo** – Um mundo obscuro e conturbado. São Paulo: Larousse do Brasil, 2010.



DO DIAGNÓSTICO UNIVERSAL AO DIFERENCIAL; DO AUTISMO AOS AUTISTAS:  
PROBLEMATIZANDO O DIAGNÓSTICO E INVESTIGANDO SUAS IMPLICAÇÕES

PARA O AUTISMO

Páginas 150 a 162

**Artigo**

LAURENT, E. A crise do controle da infância. In: \_\_\_\_\_ **Crianças falam!** E têm o que dizer. Belo Horizonte: Scriptum, 2013.

LAURENT, E. **A batalha do autismo:** da clínica à política. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

PIMENTA, P.R. **Autismo: déficit cognitivo ou posição do sujeito?** - Um estudo psicanalítico sobre o tratamento do autismo. Monografia: Belo Horizonte, UFMG, 2003. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bits/tream/handle/1843/BUOS-96TKC6/disserta\\_\\_opaulapimenta2003.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bits/tream/handle/1843/BUOS-96TKC6/disserta__opaulapimenta2003.pdf?sequence=1)> Acesso em 10 de Julho de 2016.

SCHWARTZMAN, J. S. **Autismo infantil.** São Paulo: Memnon, 2003.

TRAVAGLI, A.A.S. Psicanálise e saúde mental: uma visão crítica sobre psicopatologia contemporânea e a questão dos diagnósticos. **Psic. Rev.** São Paulo, v. 23, n.1, 31-49, 2014. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/20213/15042>. Acesso em 01 de maio de 2017



**Artigo**

**ESQUIZOFRENIA E USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:  
UMA RELAÇÃO**

**SCHIZOPHRENIA AND ABUSIVE USE OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS:  
A RELATIONSHIP**

Daniela Ribeiro Barros<sup>1</sup>  
Nádja Nayra de Sousa Formiga<sup>2</sup>  
Pierre Gonçalves de Oliveira Filho<sup>3</sup>  
Gláucia Thaís Justiniano<sup>4</sup>

**RESUMO** - A esquizofrenia consiste em um transtorno mental que envolve um suposto leque de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, de origem multifatorial, podendo o abuso de drogas ser considerado tanto um fator desencadeante quanto uma consequência do distúrbio, gerando seu agravamento. Nesse direcionamento, o presente trabalho tem como objetivo maior compreender as sintomatologias da esquizofrenia, suas consequências nos portadores, bem como a sua relação com o uso abusivo de álcool e outras drogas. Trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativa, descritivo, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, da cidade de Patos – PB, contando com uma amostra de 10 usuários diagnosticados, simultaneamente, com

---

<sup>1</sup>Mestre em Psicologia (UFPB). Especialista em Psicologia Escolar (CINTEP). Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. Psicóloga Escolar da Prefeitura Municipal de João Pessoa- PB. E-mail: [daniela\\_ribeiro\\_barros@hotmail.com](mailto:daniela_ribeiro_barros@hotmail.com)

<sup>2</sup>Estudante de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: [nadja\\_nayra@outlook.com](mailto:nadja_nayra@outlook.com)

<sup>3</sup>Doutorando em Psicologia (UFPB), Mestre em Saúde Coletiva (Universidade Estadual de Feira de Santana) . Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: [pierre\\_subjetividade@yahoo.com.br](mailto:pierre_subjetividade@yahoo.com.br)

<sup>4</sup>Especialista em Saúde Mental (ININTER). Supervisora do Serviço Escola de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. Psicóloga do CAPS AD Novos Caminhos (Campina Grande – PB). Psicóloga do Centro de Apoio a Saúde da Família (São José de Espinharas – PB). E-mail: [thaiseria@ig.com.br](mailto:thaiseria@ig.com.br)



### Artigo

esquizofrenia e dependência de múltiplas substâncias psicoativas. A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista semiestruturada, além da revisão dos prontuários dos participantes. Os dados foram tratados através da análise de conteúdo de Bardin e serão apresentados em tabelas contendo categorias e subcategorias criadas a partir dos discursos mais significativos dos participantes. Com a pesquisa, constatou-se que algumas manifestações deste distúrbio ocorrem através de vários sintomas, tais como delírios e alucinações, apatia, isolamento, perturbação da atenção, concentração e memória, ansiedade e depressão. Observou-se ainda que o uso abusivo de drogas acarreta impactos para as pessoas portadoras de esquizofrenia, podendo antecipar o primeiro episódio desse transtorno, além de também agravar o seu quadro. Considera-se importante a continuidade de estudos sobre a temática buscando ampliar a amostra tanto em termos de número de participantes quanto em outros locais, com fins de adquirir informações que possam contribuir para a generalização dos dados bem como para auxiliar na criação de projetos que contemplem o cuidado interdisciplinar a essa população.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia; Uso de Substâncias Psicoativas; CAPS ad.

**ABSTRACT** - Schizophrenia is a mental disorder which involves a range of cognitive, behavioural and emotional disorders, multifactorial origin, drug abuse may be considered both a triggering factor as a consequence of the disturbance, generating your aggravation. In this direction, the present work has as main objective to understand the clinical symptoms of schizophrenia, their effect on carriers, as well as your relationship with the abusive use of alcohol and other drugs. This is a study of quantitative and qualitative descriptive nature, carried out in the day-care Center alcohol and Drugs (CAPS), in the city of Patos-PB, counting on a sample of 10 users at the same time, diagnosed with schizophrenia and multiple psychoactive substances addiction. Data collection occurred through a semi-structured interview, in addition to the review of the medical records of the participants. The data were processed through the analysis of content of Bardin and will be presented in the form of tables containing categories and subcategories created from the most important speeches of the participants. With the survey, it was found that some manifestations of this disorder occur through various symptoms, such as delusions and hallucinations, apathy, isolation, disturbance of



### Artigo

attention, concentration and memory, anxiety and depression. It was observed that drug abuse causes impacts for people with schizophrenia, and can anticipate the first episode of this disorder, and also worsen your frame. It is considered important to the continuation of thematic studies seeking to broaden the sample both in terms of number of participants as in other places, with the purpose of acquiring information that may contribute to the generalization of the data as well as to assist in the creation of projects including interdisciplinary care to this population.

**Keywords:** Schizophrenia; Use of Psychoactive Substances; Ad CAPS.

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia consiste em um transtorno mental que envolve inúmeras disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, sendo também agregada ao abuso de álcool e outras drogas, considerado tanto um fator desencadeante quanto uma consequência do distúrbio (SILVEIRA et al., 2014).

Entende-se que a esquizofrenia é um transtorno mental gravíssimo, estigmatizante e crônico, de origem multifatorial. Com base no manual de Classificação Internacional de Doenças, ela pode ser classificada em nove diferentes tipos, sendo que todos eles apresentam, como processo comum, a desagregação da personalidade do indivíduo, conforme Scheffer e Almeida (2010).

Algumas manifestações do transtorno esquizofrênico surgem de diversas formas e apresentam-se por meio de delírios e alucinações, apatia, isolamento, perturbação da atenção, concentração e memória, ansiedade e os estados de humor que oscilam entre o estado de mania e o estado depressivo também confundido com outros transtornos (MELEIRO, 2013).

Os primeiros indícios desse transtorno surgem acompanhados por delírios e alucinações que estão presentes em todos os subtipos do transtorno, a exemplo de apatia, isolamento, danos na atenção, concentração e memória, causando também ansiedade e depressão (SCHEFFER; ALMEIDA, 2010).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2013), a esquizofrenia se enquadra como uma das principais causas de incapacitação entre jovens e adultos em todo país, afetando aproximadamente 1% da população no mundo inteiro. De acordo com essa



### Artigo

pesquisa realizada no Brasil, entre os meses de agosto de 2012 a agosto de 2013, a quantidade de internações devido à esquizofrenia chegou a 93.364 casos.

Ainda, de acordo com os dados do Ministério da Saúde (2013), dentre os fatores que podem causar o transtorno esquizofrênico estão presentes a genética e as influências ambientais que têm um papel importante, sendo que o abuso de drogas tem sido estudado e considerado um dos possíveis fatores precipitantes do distúrbio e atualmente vem sendo estudado por diversas áreas e profissionais.

Também é importante ressaltar que estudos de Scheffer e Almeida (2010) mostraram que o transtorno esquizofrênico pode levar indivíduos jovens ao contato com o uso de drogas. Sendo assim, o uso crônico de álcool, maconha, dentre outras substâncias psicoativas pode ser tanto um fator desencadeante, como uma decorrência de quadros psiquiátricos (SCHEFFER; ALMEIDA, 2010).

Segundo Sheffer e Almeida (2010), o uso de substâncias que modificam o estado psicológico tem estado presente em todas as culturas conhecidas desde a Antiguidade mais remota. Afirmam, ainda que o uso descontrolado dessas substâncias psicoativas se tornou um dos principais problemas de saúde pública. Na atualidade, esse hábito se mantém, gerando problemas da mesma natureza.

Segundo Silveira et al. (2014), no Brasil, o álcool está no topo entre as drogas mais consumidas, pois além de ser lícito, tem um grande acesso na população, sendo utilizado por aproximadamente 35,6% dos pacientes estudados por eles em um Centro de Atenção Psicossocial. Por ser uma droga de baixo valor e que tem muito apelo das propagandas veiculadas nos meios de comunicação, pode estimular ainda mais o seu consumo, principalmente entre os jovens.

em seguida surgem os canabinóides e os derivados do tabaco, representando 29,5% e 13,5%, respectivamente. O Ministério da Saúde considera que substâncias psicoativas utilizadas por qualquer via de administração alteram o humor, o nível de percepção e o funcionamento cerebral. No entanto, a linha é tênue com relação à fronteira nítida entre o que seja um simples uso de drogas, e um abuso ou mesmo uma dependência severa, pois tudo isto se desenvolve em indivíduos de forma singular. A condição clínica resulta da interação da substância com a vulnerabilidade fisiológica e social de cada um dos sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Considerando a relevância do tema, o presente estudo tem como objetivo compreender a esquizofrenia e suas principais manifestações, causas e consequências, além de buscar identificar fatores associados, como o uso de álcool e outras drogas.





**Artigo**

**PERCURSO METODOLÓGICO**

Este estudo é de caráter quanti-qualitativo e trata-se de uma pesquisa descritiva, tendo esta por finalidade observar e compreender se o uso abusivo de álcool e outras drogas pode antecipar o início da esquizofrenia.

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) da cidade de Patos – PB, contando com uma amostra composta por dez usuários desse serviço, de ambos os sexos, portadores de esquizofrenia e dependência química.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada guiada por um roteiro contendo questões relacionadas ao tema, além de questões sociodemográficas. Utilizaram-se, ainda os dados contidos nos prontuários de cada usuário participante da pesquisa.

Este estudo segue as orientações da resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), que normatiza sobre a ética na pesquisa com seres humanos. Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos e após o parecer favorável (CAAE 79636117.7.0000.5181) teve início a coleta dos dados. Além disso, foi solicitada previamente a autorização para utilização do espaço para realização da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Autorização Institucional pela diretoria dos Centros de Atenção Psicossocial AD.

A coleta de dados teve início mediante a assinatura, pelos participantes, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo o título da pesquisa, informações sobre a liberdade de participação e esclarecimento acerca do andamento do estudo, além de mencionar sobre a garantia do anonimato dos participantes envolvidos nesta pesquisa.

Após a coleta dos dados foi realizada uma análise de conteúdo com base nos princípios de Bardin (2011), buscando avaliar o mais expressivo no discurso dos participantes. O tratamento dos dados deu-se inicialmente por meio da leitura flutuante das entrevistas, seguida pela construção das categorias e subcategorias compostas pelos discursos mais frequentes dos participantes relacionados ao tema, computadas pelo cálculo das frequências das respostas mais significativas dos entrevistados. Os





### Artigo

resultados foram agrupados em tabelas descritivas contendo as categorias e subcategorias com suas respectivas frequências.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados por meio de tabelas contendo as categorias e subcategorias construídas e suas respectivas frequências. É importante informar que algumas tabelas contém percentagens não-excludentes entre si indicando que um entrevistado pode ter fornecido mais de uma resposta para a mesma pergunta, ultrapassando, portanto, 100%, já que que todas as respostas foram computadas para a construção das subcategorias.

Tabela 1 - Caracterização da amostra por sexo

Masculino	Feminino
90%	10%

Conforme os dados apresentados na tabela 1, Caracterização da amostra por sexo, observa-se que 90% da amostra do CAPS-AD é representada por homens e apenas 10% mulheres. Esses resultados corroboram com os estudos de Silveira et al (2014) quando apontam que o número de mulheres atendidas no Centro de Atenção Psicossocial é mínimo quando comparado ao de homens. Em outros termos, o número de mulheres que são atendidas nos CAPS-AD é muito baixo, pois a maioria delas faz uso de álcool e outras drogas em suas residências e poucas vezes chegam até às unidades de saúde com fins de encaminhamento para acompanhamento nesses serviços específicos para dependentes químicos (REIS, 2016).

Foi observado também, por meio dos prontuários dos participantes, que 40% da amostra composta por homens buscou o tratamento após mandados judiciais e ou encaminhamentos da justiça. Evidenciou-se ainda, que esse percentual de participantes já havia sido preso entre uma a oito vezes. A tabela 2, a seguir, contém dados relacionados à faixa etária dos participantes.



**Artigo**

Tabela 2 - Caracterização da amostra por idade

Intervalo de idade	Frequência absoluta	Frequência relativa
16 a 30 anos	5	50%
31 a 45 anos	3	30%
46 a 64 anos	2	20%

Foi observado que 50% dos sujeitos entrevistados e que, conseqüentemente se encontram em tratamento para a dependência química, possuem entre 16 e 30 anos de idade, 30% entre 31 a 45 anos e 20% de 46 a 64 anos. Tais dados podem indicar que a busca por esse tipo de tratamento é representada, em sua maioria, por uma população jovem. Tais achados corroboram os estudos de Capistrano et al. (2013), realizado em Curitiba - PR, que apontam que cerca de 60% dos dependentes químicos em tratamento possuem até 40 anos de idade, suscitando alguns questionamentos: será que as pessoas estão usando drogas mais cedo? Ou será que as conseqüências desse uso estão surgindo mais rapidamente? De qualquer modo, nota-se com esses achados que o uso abusivo de substâncias psicoativas já promove conseqüências negativas na vida dos seus usuários, visto que apresentam problemas de saúde nessa faixa etária.

Em se tratando das substâncias psicoativas mais utilizadas pelos participantes do estudo, podemos observar a tabela 3 a seguir.

Tabela 3 - Substâncias psicoativas mais utilizadas

Categoria	Subcategorias	%
Substâncias psicoativas mais utilizadas	Álcool	100%
	Derivados do tabaco	100%
	<i>Cannabis</i>	80%
	Cocaína	80%
	<i>Crack</i>	30%

Nota: Dados não-excluídos.

Entre as substâncias mais usadas pelos participantes desse estudo, o álcool merece destaque, já que foi representado por 100% das respostas dos sujeitos. A



### Artigo

ocorrência concomitante de transtornos por uso de álcool e esquizofrenia é um indicador do agravamento na evolução desta doença. São desencadeadas mudanças importantes e adversas no seu curso, como maior risco de desemprego, diminuição da escolaridade, exacerbação de sintomas psiquiátricos, além da redução da capacidade de julgamento, negligência com relação ao uso dos medicamentos e reinternações frequentes.

Vale ressaltar que os portadores de esquizofrenia e os dependentes de álcool deste estudo são igualmente tabagistas (100%). Conforme um estudo realizado por Reis (2016), em Franca- SP, observou-se que 88% da população estudada são fumantes diários que consumiam em média, 15 cigarros por dia e 69% usavam outras substâncias, incluindo cocaína (32%) e maconha ocasionalmente (47%). Segundo esse autor, a partir de 1990 começaram a surgir pesquisas apontando que portadores de esquizofrenia, também, são mais predispostos a utilizarem maconha do que a população em geral. Tais estudos indicam que essa é a substância que, na maioria das vezes, está diretamente associada a exacerbações da doença e dos episódios psicóticos agudos, ligados também à antecipação do início dos sintomas em 2 a 4 anos nos indivíduos predispostos, além de provocar efeitos agravantes nos resultados do tratamento e no curso clínico da doença.

Em estudo realizado por Abrantes-Gonçalves, Marques e Coelho (2012) foram percebidas fortes evidências de que a *cannabis* aumenta sintomas de esquizofrenia e piora o seu prognóstico; o consumo persistente está associado a maior ocorrência de sintomas: como alteração do pensamento, alucinações, exacerbação dos déficits cognitivos da esquizofrenia, a hostilidade, sendo esta última, maior nos consumidores de cocaína ou nos portadores de transtorno por múltiplas drogas.

O consumo de substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas, é frequente entre os portadores de esquizofrenia. Porém, tanto na prática clínica, como na literatura (SILVEIRA, 2014), evidencia-se que a associação dessas duas comorbidades e os efeitos negativos que uma proporciona sobre a outra, comumente são negligenciados pela equipe que oferece assistência para esse indivíduo. O paciente, muitas vezes, recebe tratamento para aquela patologia mais evidente, o que o limita de ser de cuidado maneira totalitária e efetiva.

Os dados referentes às sintomatologias apresentadas pelos participantes, usuários do CAPS-AD podem ser observados na Tabela 4.



**Artigo**

Tabela 4 - Sintomatologias apresentadas pelos usuários do CAPS-AD

Categoria	Subcategorias	%
Sintomatologias apresentadas pelos usuários do CAPS-AD	Agitação psicomotora	100%
	Discurso desorganizado	80%
	Ansiedade	80%
	Insônia	60%
	Agressividade	50%
	Déficits cognitivos	20%
	Danos na atenção	20%

Nota: Dados não-excludentes.

Por meio da pesquisa dos prontuários dos participantes, foi possível observar, conforme mostrado nesta tabela, que a Agitação Psicomotora está presente em 100% dos participantes, seguida, igualmente de Discurso Desorganizado (80%) e Ansiedade (80%), Insônia (60%), Agressividade (50%), Déficits Cognitivos (20%) e Danos na Atenção também com o mesmo percentual. Tais dados corroboram com a literatura, mais especificamente com os resultados apresentados por Meleiro (2013), quando pontua as principais manifestações do transtorno esquizofrênico associados ao uso de álcool e outras substâncias representadas pela manifestação de delírios e alucinações, apatia, isolamento, perturbação da atenção, concentração e memória, ansiedade e os estados de humor que oscilam entre o estado maníaco e o estado depressivo, também confundido com outros transtornos, podendo causar, ainda, déficits cognitivos, insônia, discurso desorganizado entre outros.

Buscando compreender as consequências provocadas pelo uso de substâncias ocasionadas aos sujeitos, especificamente no que se refere à memória, observaram-se os dados apresentados na tabela 5 a seguir.

Tabela 5 - Consequências do uso de substâncias psicoativas na memória

Categoria	Subcategorias	%
Consequências do uso de substâncias psicoativas na memória	Memória comprometida	60%
	Memória preservada	40%



### Artigo

Conforme apresentado na tabela 5, com relação às consequências na memória ocasionadas pelo uso de substâncias, 60% dos usuários da amostra tem a memória comprometida e 40% têm a memória preservada. Segundo Reis (2016), o prejuízo cognitivo e funcional, discurso compreensível, porém vago também podem ser observados como consequências do uso de substâncias psicoativas em longo prazo.

Na tabela 6, a seguir, observam-se os dados referentes à relação entre o uso de substâncias psicoativas e a existência de comorbidades.

Tabela 6 - Uso de substâncias psicoativas e comorbidades associadas

Categoria	Subcategorias	%
Uso de substâncias psicoativas e comorbidades associadas	Esquizofrenia	80%
	Ausência de comorbidades	20%

De acordo com a tabela 6, foi observado que, dos usuários participantes da pesquisa que apresentam diagnóstico de dependência por uso de álcool e outras substâncias psicoativas, 80% apresentam a esquizofrenia como comorbidade.

É válido ressaltar que estudos demonstraram a importância desse transtorno como uma causa para a procura pelas drogas. Portanto, o uso crônico de álcool, maconha, dentre outros tóxicos, pode ser considerado tanto um fator desencadeante, como uma consequência de quadros psíquicos. Para Abrantes-Gonçalves, Marques e Coelho (2012), o uso de substâncias está associado ao agravamento dos sintomas da esquizofrenia, maior risco de depressão e suicídio.

Para Reis (2016), estima-se que, no Brasil, aproximadamente 3,5% dos dependentes de álcool e outras drogas possuem esse transtorno como diagnóstico psiquiátrico adicional, além de que as chances de um indivíduo ser portador de esquizofrenia e usar substâncias de abuso são 4,6 vezes maiores que no restante da população.

Consultando o Ministério da Saúde, foi possível perceber que têm sido encontradas elevadas taxas de uso de substâncias tóxicas à data do primeiro surto esquizofrênico, percebeu-se ainda um aumento do diagnóstico de perturbação psicótica



### Artigo

relacionada com o abuso destas substâncias; na esquizofrenia, o uso de substâncias é elevado nestes indivíduos, especialmente a *cannabis* que nestas pessoas é duas vezes superior à população em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O uso abusivo dessas substâncias pode antecipar o início da esquizofrenia, exacerbar os sintomas psicóticos, reduzir a adesão ao tratamento e aumentar os déficits cognitivos, a frequência de recaídas, o risco de suicídio e o de contrair doenças infectocontagiosas, além de intensificar o comportamento violento. Um estudo de revisão de Werneck, (2009) aponta que o uso da *cannabis* aumenta em duas vezes o risco posterior de esquizofrenia e que a eliminação do seu uso reduziria em 8% a incidência desta doença. Desse modo, o uso dessa substância seria um dos fatores que conduzem à esquizofrenia. Segundo esse estudo, alguns destes pacientes possivelmente nunca desenvolveriam a esquizofrenia se não tivessem consumido algum tipo de drogas.

Sendo assim, pode-se considerar que o abuso de substâncias é um fator agravante no que se refere ao prognóstico dos pacientes esquizofrênicos, configurando um desafio no tratamento desta doença. A interação entre esquizofrenia e abuso de substâncias pode ocorrer de múltiplas formas. Para Reis (2016), admite-se que a intoxicação por substâncias pode provocar quadros esquizofrênicos.

Foi observado no presente estudo que oito dos dez participantes da pesquisa possuem o transtorno esquizofrênico e que, segundo dados dos seus prontuários, a idade de surgimento do primeiro surto foi entre 16 a 35 anos, ou seja, o abuso de substâncias possivelmente pode ter antecipando o aparecimento do transtorno esquizofrênico. Tais achados corroboram os estudos de Reis (2016) quando aponta que a idade do primeiro surto de esquizofrenia varia entre 21 a 25 anos. No entanto é importante enfatizar a necessidade de realização de um estudo mais aprofundado sobre a questão.

A esquizofrenia se enquadra como uma das principais causas de incapacitação entre jovens e adultos. Dentre os fatores causais envolvidos sabe-se que a genética e as influências ambientais têm papel importante, sendo que o abuso de drogas é considerado um dos possíveis fatores precipitantes do distúrbio. (REIS, 2016).

Por fim, de acordo com as entrevistas realizadas, os participantes do presente estudo, que possuem entre 30 anos a 45 anos, apresentaram um quadro mais agravante de comorbidade, levando-os, inclusive à internação psiquiátrica. Os relatos expostos a seguir foram extraídos dos discursos dos participantes e demonstram a associação entre o uso de substâncias e a esquizofrenia.





### Artigo

*“Comecei a usar os baga com 12 anos, aí comecei com umas coisas na cabeça, parei de dormir, fiquei impressionado aí minha mãe levou pro médico, tinha na faixa de uns 17 anos, aí ele disse que eu tinha um problema na mente”.* (Entrevistado 1)

*“Comecei nas drogas quando criei barba (risos) saí de casa pra trabalhar e comecei a conhecer o mundo, eu tô aqui bonzinho porque eu não deixo a minha maconha sabe? Mais quando eu não pego um eu fico nervoso e vendo besteira, coisa de doido mesmo eu fico. Tô com a idade de 64 anos mais não deixo minhas coisas não, dou um tempo daqui mais não deixo de usar, é o vício é forte”.* (Entrevistado 4)

Tais resultados alertam para a necessidade da realização de trabalhos que visem à promoção ao consumo abusivo de substâncias psicoativas com fins de reduzir, também, o percentual de portadores de esquizofrenia, já que se relacionam.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como finalidade compreender a relação entre a esquizofrenia e o uso abusivo de álcool e outras drogas tendo esses objetivos sido alcançados com êxito.

Foi possível evidenciar que a predominância dos usuários para tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas dos serviços dos CAPS-AD é de pessoas do sexo masculino, corroborando os dados da literatura. Quanto a idade dos participantes, em sua maioria são jovens com menos de 45 anos que utilizam, múltiplas substâncias psicoativas, como álcool, tabaco e *cannabis*, cocaína e *crack*. Quanto às principais sintomatologias apresentadas, verificaram-se tanto aquelas relacionadas a aspectos psíquicos quanto comportamentais, além de comprometimentos na memória, conforme também aponta a literatura.

Quanto à relação entre a esquizofrenia e o uso de substâncias psicoativas, constatou-se que a maioria dos participantes apresenta esquizofrenia como comorbidade. É importante ressaltar que mesmo não sendo foco deste trabalho analisar a relação causal entre esses transtornos, aponta-se aqui a necessidade de realização de estudos posteriores dessa natureza, contribuindo para a compreensão mais aprofundada





### Artigo

sobre o tema, colaborando tanto para a elaboração de projetos de prevenção, como para o prognóstico dos sujeitos.

### REFERÊNCIAS

ARANTES-GONÇALVES Filipe; MARQUES, João Gama; COELHO Rui. O papel da apoptose na esquizofrenia. *Psiquiatria Clínica*. 2012; 33(1):5-15.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 6º ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 280p.

BRASIL. *Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas. Brasília: Diário Oficial da União, 2016. Retirado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Esquizofrenia. protocolo clínico e diretrizes terapêuticas*. Portaria SAS/MS nº 364. , de 9 de abril de 2013.

CAPISTRANO, Fernanda Carolina; FERREIRA, Aline Cristina Zerwes; SILVA, Thaize Liara; KALINKE, Luciana Puchalski; Maftum, Maariluci Alves. Perfil sócio demográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. *Escola Anna Neri* (impresso). 2013, abril-junho, 17 (2): 234-241.

MELEIRO, Amas. Esquizofrenia, abuso de substâncias e imigração. *Ver Debates em Psiquiatria*, Mai-Jun, 2013.p. 40-42.

REIS, Maressa Campos Oliveira. Esquizofrenia: estudo de caso relacionado ao uso de substâncias psicoativas. *16º Congresso Nacional de Iniciação Científica*. Universidade de Franca, Franca, 2016, p.1-13.



**Artigo**

SCHEFFER Morgana; PASA, Graciela Gema; ALMEIDA, Rosa Marias Martins de. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. Junho-setembro 2010, Vol. 26, n. 3, pp.533- 541.

SILVEIRA Jássia Lopes Freitas da; OLIVEIRA, Roberto Lazzarini; VIOLA, Bárbara Magalhães; SILVA Thaís Marques da; MACHADO, Richardson Miranda. Esquizofrenia e o Uso de Álcool e Outras Drogas: Perfil Epidemiológico. *Revista Rene*, 2014, Maio-Junho; 15 (3): 436-446.

WERNECK Braz. Hospital-dia e acompanhamento terapêutico: trabalhos essenciais em saúde mental. *Psychiatry on Line*. Nov. 2009, vol. 14 – nº 11.



**Artigo**

**ESTRESSE OCUPACIONAL EM POLICIAIS MILITARES: UM ESTUDO  
COMPARATIVO ENTRE O SETOR ADMINISTRATIVO E O OPERACIONAL**

**OCCUPATIONAL STRESS IN MILITARY POLICE: A COMPARATIVE  
STUDY BETWEEN THE ADMINISTRATIVE AND OPERATIONAL SECTOR**

Ana Paula de Castro Araújo<sup>1</sup>  
Daline Batista Delfine Filgueira<sup>2</sup>  
Igor Rodrigues da Silva<sup>3</sup>  
Mateus Rodrigues de Lima<sup>4</sup>  
Maria Aparecida Ferreira Menezes Suassuna<sup>5</sup>  
Maria José Nunes Gadelha<sup>6</sup>

**RESUMO** - As exigências do trabalho do policial militar estão relacionadas por exemplo a alta pressão e condições de risco as quais são expostos causando desgaste físico e mental, podendo leva-los a desenvolver o estresse ocupacional e síndromes relacionadas. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi comparar o nível de estresse entre os policiais militares que trabalham no setor administrativo e no setor operacional.

---

<sup>1</sup>Graduada em Psicologia pela Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. Mestranda em Neurociências pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. E-mail: anacastropsico@hotmail.com

<sup>2</sup>Graduada em Psicologia pela Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: dalinebatista1@gmail.com

<sup>3</sup>Graduando em Psicologia pela Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: igor-rodrigues@outlook.com

<sup>4</sup>Graduando em Psicologia pela Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: mateus-rodrigues@hotmail.com

<sup>5</sup>Mestre em Educação pela Universidade Estadual da Bahia-UFBA, docente na Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: cidafsm@gmail.com

<sup>6</sup>Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB, docente nas Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos-PB e na Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: nunesgadelha@hotmail.com



### Artigo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, básica e do tipo quase-experimental, realizado no 6º Batalhão de Polícia Militar da Cidade de Cajazeiras-PB. Participaram da pesquisa 40 policiais de ambos os sexos, sendo 20 do setor administrativo e 20 do setor operacional, avaliados a partir de um Questionário Socioemográfico e da Escala de Estresse no Trabalho. Os dados foram analisados através do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). O teste não paramétrico Mann-Whitney revelou diferença significativa entre os grupos, com  $p = 0,035$ , indicando que o grupo de policiais do setor operacional possui maior nível de estresse do que os policiais do setor administrativo, com média de 74,6 e 65,4, respectivamente. Dessa forma, entende-se que essas diferenças podem revelar que as diferenças nas atividades exercidas em cada setor podem apresentar efeitos diferenciados no estresse desses trabalhadores, influenciando sua saúde mental. Portanto deve ser ressaltada a necessidade de uma melhor avaliação do ambiente de trabalho desses profissionais e possibilidade de estratégias que venham a prevenir o surgimento ou a intensificação dos sintomas, a curto e longo prazo.

**Palavras-chave:** Estresse; Polícia Militar; Trabalho; Estresse ocupacional

**ABSTRACT** - The military police officer work demands, for example, the high pressure and risky conditions that they are exposed cause physical and mental exhaustion, which can lead them to develop occupational stress and related syndromes. Therefore, this study had objective, to compare the stress level among military police officers working in the administrative and operational sector. It is a descriptive, quantitative, basic and almost-experimental type research carried out in a city in the Paraíba. 40 military police officers of both sexes, 20 of the administrative sector and 20 of the operational sector, were evaluated based on a Socio-demographic Questionnaire and the Occupational Stress Scale. The informations were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences). The non-parametric Mann-Whitney test revealed a significant difference between the groups, with  $p = 0.035$ , indicating that the police group in the operating sector obtained a higher level of stress than the police in the administrative sector, with a mean of 74.6 and 65, 4, respectively. Thus, it is understood that these results may reveal that the peculiarities of the activities carried out in each sector can have different effects on the stress of these workers, influencing their mental health. Therefore, it is necessary to emphasize the need for a better evaluation of



### Artigo

environment work these professionals and the possibility strategies may prevent the onset or intensification of symptoms, in the short and long term.

**Keywords:** Military Police; Work; Occupational stress

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a violência tem se tornado cada vez mais frequente, sendo diariamente noticiada nos meios de comunicação. A inserção do policial militar (PM) nesse contexto está relacionada às suas atribuições de combate à criminalidade e a garantia da segurança pública (DANTAS et al., 2010). Dessa forma, a sua principal função é a manutenção da ordem e da segurança da população geral. Por se tratar de um trabalho de constante pressão, que lida com o perigo iminente e situações de alto risco, exige uma certa estabilidade emocional. O trabalho desenvolvido pela polícia militar é considerado de alto risco por lidarem com a violência, a agressividade e com a morte no seu cotidiano, exigindo dos mesmos um alto contato interpessoal (BEZERRA; MINAYO; CONSTATINO, 2013; COSTA; CHAVES, 2005;).

De acordo com a Lei Complementar nº 87, de 02 de Dezembro de 2008, capítulo III e Art. 4º, as competências exigidas pelo estado quanto ao trabalho a ser desenvolvido pelos policiais militares são: coordenar e controlar as ações de polícia ostensiva e de preservação da ordem pública, além de planejar, organizar, dirigir e supervisionar essas ações; fiscalizar as rodovias estaduais; planejar e realizar ações de inteligência, preservação da ordem pública, entre outros (PARAÍBA, 2008). Segundo Aguiar (2007) esse tipo de trabalho pode facilitar o surgimento de certas doenças, realidade que veem aumentando cada vez mais e sendo tema de pesquisas sobre a saúde ocupacional em diversos contextos.

Dentro da organização militar existem alguns fatores ambientais que influenciam o desenvolvimento do trabalho e podem levá-los a desenvolver o estresse ocupacional, como: a precariedade nas condições de trabalho decorrente dos equipamentos e instrumentos inadequados, baixos repasses financeiros para a compra de equipamentos, baixo salário e falta de capacitação profissionalizante, problemas organizacionais, carga horária longa, incerteza e insegurança, conflitos de cargos, baixa perspectiva de



### Artigo

remuneração e de promoção, excesso de trabalho e pressões de cargo, conflitos com os colegas e falta de comunicação (FONTANA, 1991; LIPP; COSTA; NUNES, 2017).

Ferreira, Bonfin e Augusto (2015) afirmam que a alta carga horária de trabalho favorece negativamente o estilo de vida, prejudicando a saúde e desempenho no trabalho. Conseqüentemente, levando os trabalhadores a terem problemas como estresse, insegurança, entre outros. Esses resultados corroboram com outras pesquisas que relatam o surgimento de doenças relacionadas a problemas no trabalho e estilo de vida dos policiais militares (COSTA; ACCIOLY; OLIVEIRA; MAIA, 2007; MINAYO; SOUSA; CONSTANTINO, 2008; FERREIRA et al., 2002).

O estresse ocupacional é um dos temas bastante debatidos no contexto da saúde do trabalhador. O estresse quando se torna contínuo no ambiente laboral pode desencadear outros transtornos que vão estar relacionados diretamente com a saúde física e mental dos indivíduos, como Síndrome da Fadiga Crônica, Síndrome Metabólica, Distúrbios do Sono e Síndrome de *Burnout*, além de conflitos entre membros e equipes de trabalho (COLETA; COLETA, 2008; MELO; CARLOTTO; 2016). O estresse não ocorre de forma isolada e pontual, esse processo é gradativo, onde o indivíduo paulatinamente vai diminuindo o controle dos impulsos, passando a afetar o seu convívio, tanto no trabalho quanto fora dele, podendo tornar-se arbitrário, agressivo e grosseiro, ocasionando constantemente desgaste físico, mental e emocional (PRADO, 2011).

Neste sentido, a obrigação do cumprimento de rotinas extremamente rígidas as quais contribuem para um ambiente de trabalho altamente estressante e o convívio com tensões diárias pode levar os profissionais da polícia militar a desenvolver o estresse ocupacional (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008). Além disso, para PM, o estresse e outros problemas ocupacionais são apontados como responsáveis pelo alto índice de suicídio, doenças cardiovasculares, diabetes, insônia, divórcio, alcoolismo, entre outros (PRADO, 2011; SILVA; VIEIRA, 2008). Portanto o objetivo dessa pesquisa foi investigar o nível de estresse em policiais militares, a partir da comparação dos escores da Escala de Estresse no Trabalho de profissionais que trabalham no setor administrativo e daqueles que trabalham no setor operacional.



## Artigo

### MÉTODO

#### Tipo de Local do Estudo

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa de natureza básica e caráter descritivo e de abordagem quantitativa (PRODANOV; FREITAS, 2013; MARCONI, 2010). Quanto aos procedimentos é uma pesquisa de campo de Trata-se de uma pesquisa quase-experimental por não ter o delineamento dos sujeitos distribuído aleatoriamente, nem grupo-controle. Os grupos foram pseudomanipulados, por terem sido organizados de acordo com o setor em que os policiais trabalham (DANCEY; REIDY, 2013).

#### Amostra

Participaram da pesquisa voluntariamente 40 policiais militares que atuam na cidade de Cajazeiras-PB locado no 6º BPM, sem distinção de sexo e divididos em dois grupos de acordo com o setor de trabalho, Operacional e Administrativo.

#### Instrumento e Procedimentos de Coleta de Dados

Os instrumentos foram auto-explicativos e a coleta foi realizada de forma individual e coletiva através da aplicação do Questionário Sócio Demográfico (Apêndice A) e da Escala de Estresse no Trabalho – EET (Anexo A) após terem aceito e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Todos os dados foram coletados pela manhã quando os mesmos estavam chegando para assumirem seus postos. O Questionário Sócio Demográfico era composto por 16 questões de caráter objetivo e subjetivo, as quais fizeram um levantamento da vida pessoal e profissional do sujeito. Esse questionário foi adaptado. Já a EET mensurou o nível de estresse no ambiente laboral, ela foi formulada e validada para a população brasileira por Paschol e Tamayo (2004), constituída por 23 componentes, dentre as quais enfatiza os estressores e as reações à esses, com uma escala de resposta de cinco pontos: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (concordo em partes), 4 (concordo), 5 (concordo totalmente). Os autores mencionam que quando se definem estressores e reação advém da certeza do papel da mediação do conflito no ambiente laboral.





## Artigo

### **CrITÉrios e Inclusão e Exclusão**

Participaram da pesquisa policiais militares que exercem devidamente suas funções no 6º BPM e atuam na cidade de Cajazeiras; que tinham mais de 10 anos de corporação no 6º BPM atuantes na cidade de Cajazeiras; que tinham uma rotina fixa quanto ao local de trabalho no 6º BPM atuantes na cidade de Cajazeiras. Como critérios de exclusão estavam policiais locados no 6º BPM destacados em outra cidade além de Cajazeiras; que estavam menos de dez anos de corporação; que estavam fazendo algum tipo de tratamento psicológico; que recusaram assinar o TCLE.

### **Análise de dados**

Após a aplicação do questionário sociodemográfico e da EET os dados foram tabulados no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 24 de acordo com cada grupo. A partir dos testes realizados foi constatado que a amostra não apresentou normalidade nem homogeneidade de variâncias, optando-se pela utilização do teste não-paramétrico Mann-Whitney para verificar possíveis diferenças significantes no estresse de policiais que trabalham nos dois setores analisados nesse estudo (DANCEY; REIDY, 2013).

### **Aspectos Éticos**

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa foi norteada a partir de normas e diretrizes que obedecem a Resolução 466/12, publicado dia 13 de junho de 2013 na edição Nº 112 do Diário Oficial da União (DOU), a qual incorpora os referenciais básicos da bioética, bem como os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Foi garantido todo o esclarecimento necessário, bem como, absoluto sigilo das informações obtidas durante todas as etapas. O responsável assinou o TCLE, constando as principais informações referentes à pesquisa. Dessa forma, essa pesquisa foi aprovada sob número de parecer: 1.469.564.



**Artigo**

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A respeito do perfil pessoal dos participantes, 87,5% eram do gênero masculino e 12,5% do gênero feminino, essa predominância do sexo masculino é observada em outros estudos com policiais, o que pode ser visto como uma consequência da valorização dos atributos masculinos, aspecto marcante na profissão (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007; OLIVEIRA; BARDAGI, 2009; COLETA; COLETA, 2008).

A idade se concentrou entre 30 e 40 anos registrando 55% e entre 41 e 50 anos (35%), seguido de 51 a 60 anos (10%). Quanto ao estado civil, 62,5% eram casados enquanto que 37% estavam em união estável e solteiros. Em relação à escolaridade 5% apresentaram o Ensino Fundamental, 35% haviam cursado o Ensino Médio, 27,5% tinham o Ensino Superior e 32,5%, tinham pós-graduação, sobre ter filho ou não 75% tinham filhos e 25% não tinham filhos. No geral, esses resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos com policiais, nos quais os a amostra apresenta um perfil predominante em torno dos 30 anos, casados e com escolaridade em torno do ensino médio e pós-graduação, sendo portanto a polícia uma profissão composta por adultos com um certo grau de instrução (DANTAS et al., 2010; OLIVEIRA; BARDAGI, 2009; COLETA; COLETA, 2008).

Com relação ao perfil ocupacional dos policiais, 32,5% afirmaram serem soldados, 32,5% sargentos, 20% cabos, 7,5% capitães, 5% tenentes e 2,5% tenentes-coronéis. Dos 40 participantes que estavam na PM, 57,5% tinham entre 10 e 20 anos de serviço, e 42,5% tinham entre 21 e 30 anos de atividade militar. Em relação a carga horária, 60% afirmou trabalhar entre 40 e 60 horas semanais e 40% entre 24 e 36 horas por semana. Corroborando com os dados aqui expostos o estudo realizado por Costa et al. (2007) aponta que a maior parte dos trabalhadores encontram-se na menor posição hierárquica, com cargas horárias superior a 40 horas. Dessa forma, ambientes hierárquicos e autoritários, centralização de decisões, cargas horárias excessivas podem ser consideradas eventos estressores presentes no âmbito ocupacional (RANGÉ, 2001).

A maioria dos policiais (92,5%) relatou que sentiam satisfação no trabalho e 7,5% afirmaram não sentir satisfação no trabalho. A satisfação é importante dentro deste contexto como um fator protetor ao estresse, uma vez que a insatisfação somada ao não reconhecimento do trabalho policial, resulta em uma queda da autoestima dos policiais, o que influencia na motivação e no comprometimento dos mesmos, propiciando, talvez,



**Artigo**

maior vulnerabilidade ao estresse e outros transtornos (OLIVEIRA; BARDAGI, 2009).

As identificações no nível de estresse resultante dos dados coletados foram feitas através da categorização dos escores gerais e depois padronizados numa escala de 0 a 100%. Foram classificados em três categorias distintas, as quais representam o nível de estresse nos policiais pesquisados: baixo: (0 a 33,33%), moderado (33,34% a 66,66%) e alto (66,67% a 100%).

Tabela 1. Nível de Estresse ocupacional da polícia militar

Amostra	N	Escore padronizado (%)	Média da Amostra	Nível de Estresse
Escore Geral	40	60,87	70	Moderado
Setor Administrativo	20	56,87	65,4	Moderado
Setor Operacional	20	64,87	74,6	Moderado

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados descritos na Tabela 1 fornecem os resultados em escores padronizados e a média dos escores obtidos na EET, para a amostra geral e setores administrativo e operacional. O setor operacional pode ser caracterizado como o policiamento cotidiano ou das tropas especiais, realizam atividades externas e desenvolvem ações e operações táticas para investigação de situações eminentes na segurança pública. O setor administrativo por sua vez estabelece funções de organização como controle de férias, licenças, vantagens dos policiais militares pertencentes ao batalhão, documentação para fins de comunicação entre oficiais ou chefes de outros departamentos, esse setor também é composto por policiais afastados do policiamento operacional, por problemas de saúde ou ocorrências em serviço (PINHEIRO; FARIKOSKI, 2016).

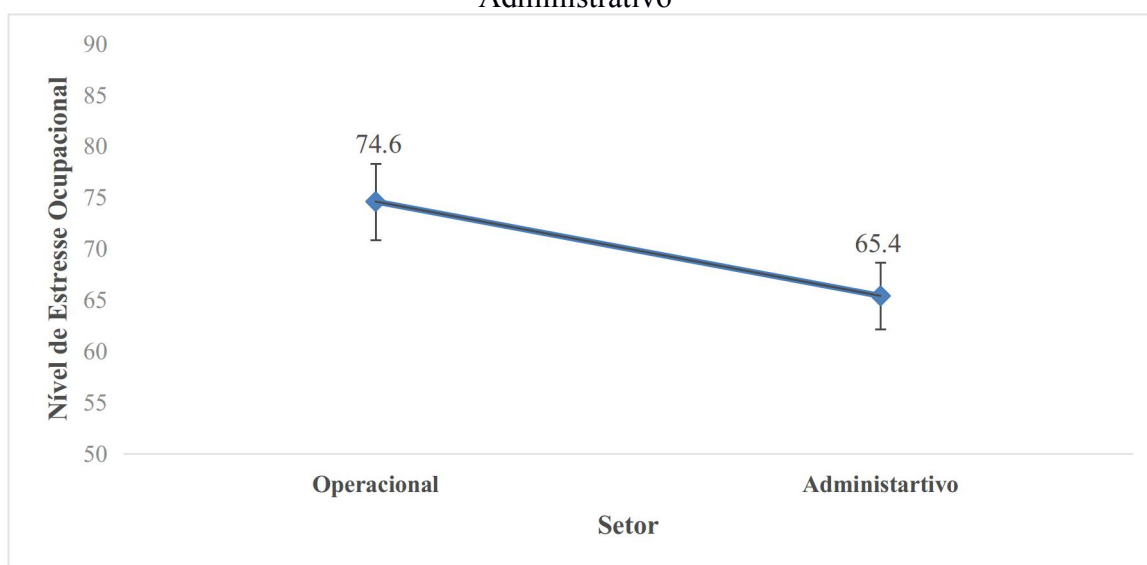
Na amostra geral com média 70 e padronização 60,87%, classifica-se como estresse moderado que não se distancia muito dos resultados encontrados por setores. No setor administrativo encontra-se 56,87 na padronização e 65,4 na média da amostra, também se encontra no nível moderado de estresse e o setor operacional com 64,87 na padronização e 74,6 na média da amostra, classificando-se como estresse de nível moderado. Resultados semelhantes a esse foram encontrados em um estudo que utilizou a EET como medida de estresse em policiais, onde verificou-se que a maioria (72,39%) dos participantes da pesquisa apresentaram nível médio de estresse ocupacional, ao



**Artigo**

passo que 16,99% demonstraram alto nível e 10,62%, baixo nível (ALMEIDA et al., 2017).

Gráfico 1. Comparação dos Setores Operacional e Administrativo



Fonte: dados da pesquisa.

O gráfico 1 traz a média dos escores encontrados na pesquisa, o setor operacional obteve média de 74,6 (DP= 14,20 e EP=3,17), já o setor administrativo apresentou uma média 65,4 (DP=16,88 e EP= 3,77), sendo portanto a média do setor administrativo inferior ao setor operacional. Em um estudo realizado por Dantas et al. (2010), também com policiais militares, verificou-se que a presença de estresse no setor administrativo (23,5%) era inferior ao encontrado no setor operacional (76,5%). Os mesmos resultados foram encontrados por Pinheiro e Farikoski (2016). Os profissionais que atuam no setor administrativo encontram menos fatores estressantes em seu dia a dia por se tratar de um serviço mais burocrático, sendo menos propensos a desenvolver altos níveis de estresse, apesar de também estarem expostos a níveis moderados de estresse (PINHEIRO; FARIKOSKI, 2016).

O setor operacional apresentou 1,14 vezes mais estresse do que o setor



### Artigo

administrativo. Esses dados foram confirmados através do teste não paramétrico de Mann-Whitney o qual apresentou diferença significativa no nível de estresse entre os setores estudados com  $p = 0,035$  de significância. A diferença significativa no nível de estresse entre os dois setores pode ser explicada a partir de como se dá as tarefas por eles desenvolvidas, uma vez que os profissionais do setor operacional estão diretamente mais ligados a situações estressoras pela condição que enfrentam no seu dia a dia de trabalho podem (DANTAS et al., 2010).

Mediante os resultados encontrados, pode-se levantar questões sobre as possíveis consequências decorrentes do nível de estresse moderado, que os remete a constantes reflexões sob a relação com o outro tanto no ambiente de trabalho. As reações ao estresse são fundamentais para a sobrevivência, porém podem se tornar danosas ao indivíduo (SAMPAIO; GALASO, 2012). A partir de um estresse moderado é possível uma ação preventiva, como objetivo de propiciar um melhor manejo das dificuldades percebidas e maior bem-estar físico e psicológico dos participantes. No entanto, a não disposição de estratégias de enfrentamento para lidar com os estressores podem gerar quadros de estresse ainda mais avançados (OLIVEIRA; BARGAGI, 2009).

As consequências que o estresse acarreta atingem os três níveis: individual, grupal e organizacional. No individual, os registros apontam para: redução da eficiência, faltas repetidas, insegurança nas decisões, adiamento na tomada de decisão, sobrecarga voluntária de trabalho, uso exacerbado de medicamentos, irritabilidade constante, explosão emocional, elevado nível de tensão, sentimento de frustração, sentimentos de onipotência, desconfiança e agravamento de doenças (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2012).

Apesar de o estresse ser quase sempre reversível, é necessário estabelecer tratamentos ou ações preventivas, considerando o que pode ser estressante para a profissão e como minimizar ou eliminar os estressores. Acrescenta-se que devem-se adotar tratamentos capazes de aumentar a resistência desses profissionais e aliviar os sintomas presentes no momento (DANTAS et al., 2010). Entre as estratégias que podem ser eficazes para o manejo do estresse estão o desenvolvimento de um programa de diagnóstico, orientação e controle do estresse; a identificação dos estressores externos e internos, presentes no cotidiano dos policiais; a implementação de um programa de atividades físicas, que incluiria uma alimentação adequada, exercícios físicos regulares, técnicas de relaxamento, sono apropriado às necessidades individuais, repouso e lazer



### Artigo

(OLIVEIRA; BARDAGI, 2009).

Além desses aspectos Limongi-França e Rodrigues (2012) propõem recursos sociais relacionados ao trabalho como formas de intervenção, tais como: revisão e redimensionamento das formas de organização do trabalho, abrangendo mudanças no poder, abolindo o trabalho coercitivo e repetitivo; aprimoramento dos métodos de trabalho, procurando aumentar a participação e a motivação do grupo; melhoria das condições socioeconômicas; e investimento na formação pessoal e profissional.

Os estudos com policiais militares descritos no referencial teórico deste trabalho mostram o estresse encontrado nessa amostra é e em sua maioria no nível moderado. Sendo poucos os estudos por setor, tendo sido encontrado dois trabalhos feitos por Pinheiro e Farikoski (2016) e Dantas et al. (2010), que comparou o nível de estresse entre os setores, vindo confirmar que, o setor operacional é quem apresenta maior nível de estresse, confirmando a presente pesquisa.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante as características do trabalho da polícia militar e seus setores de atuação, o presente estudo teve como objetivo identificar o nível de estresse ocupacional dos policiais militares que atuam num Batalhão da Polícia Militar, assim como, verificar em qual setor apresentou o nível de estresse mais alto. No geral, os resultados encontrados mostraram um alto nível de estresse em policiais alocados no setor operacional, denotando que os profissionais que trabalham nesse setor podem estar enfrentando sérios prejuízos quanto a sua saúde física e mental.

Dessa forma, a partir desse estudo percebe-se a importância da realização de intervenções através de ações no processo de formação de novos soldados como por exemplo orientação, focalização na autoeficácia do trabalho e no desenvolvimento das habilidades de enfrentamento. Ações essas que podem ser aliadas a programas de prevenção voltados para as causas e consequências decorrentes do estresse ocupacional.

Algumas limitações estão presentes nesse trabalho, como o tamanho da amostra que caracteriza apenas 20,4% do efetivo locado, sendo justificado pela disponibilidade dos profissionais para responder a pesquisa, reduzindo a amostra para 40 participantes. Dessa forma, sugere-se para futuros estudos um número maior de participantes, e também estudos que possam fazer uma comparação entre o nível de estresse de policiais





### Artigo

militares, policiais civis e policiais federais a fim de identificar como se encontram a saúde mental de profissionais que trabalham no âmbito da segurança pública

### REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. L. S. **Estresse ocupacional: contribuições das pirâmides coloridas de Pfister no contexto policial militar**, 2007. 94f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Pará, Belém, PA. Acesso 12 de outubro de 2015.

ALMEIDA, D. M. et al., Avaliação do estresse ocupacional no cotidiano de policiais militares do Rio Grande do Sul. **Organizações em contexto, São Bernardo do Campo**, v. 13, n. 26, p. 215-238, jul.-dez. 2017.

BEZERRA, C. M.; MINAYO, M.C.S.; CONSTANTINO, P. Estresse Ocupacional em Mulheres Policiais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p.657-666, 2013.

BRITO, D. V. C.; RODRIGUES, P. B.; MACIENTE, T. S. MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO., P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na segurança pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2767-2779, 2007.

COLETA, A. S. M. D.; COLETA, M. F. D. Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 13, n. 1, p. 59-68, jun. 2008.

COSTA. M; ACCIOLY Jr .H; OLIVEIRA. J; MAIA. E: **Estresse: diagnóstico dos policiais militares de uma cidade brasileira**. **Revista Panaamericana Salud Publica**, v. 21. n. 4, p. 217-222, 2007.

COSTA, P. L; CHAVES, P. G.S; (2005). **O papel da polícia na construção do projeto de segurança pública para o Brasil**. Disponível em:  
[http://www.segurancacidade.org.br/biblioteca/texto/polícia\\_minorias.pdf](http://www.segurancacidade.org.br/biblioteca/texto/polícia_minorias.pdf) . Acesso em 18 de Outubro de 2015.





**Artigo**

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows**. 3a ed. Artmed: Porto Alegre, RS, 2008.

DANTAS, M. A.; BRITO, D. V. C.; RODRIGUES, P. B.; MACIENTE, T. S. Avaliação de estresse em policiais militares. **Psicologia: Teoria e Prática**: São Paulo, v. 12, n. 3, p. 66-77, 2010.

FERREIRA, F. L.; ALENCAR, A.; GALVÃO, M.; COSTA, G.O. DA, ARAÚJO M.M.L. DE, MACIEL, R.K.M. **Alcoolismo na polícia militar do Estado do Amazonas**. [relatório]. Amazonas: UFAM; 2002.

FERREIRA, D. K. S.; BONFIM, C.; AUGUSTO, L. G. S. Fatores associados ao estilo de vida de policiais militares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3403-3412, 2011.

FONTANA, D. **Estresse: Faça dele um aliado e exercite a autodefesa**. São Paulo: Saraiva, 1991.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e Trabalho: Uma abordagem psicossomática**. 4. ed. 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

LIPP, M. E. N.; COSTA, K. R. S. N.; NUNES, V. O. Estresse, Qualidade de Vida e Estressores Ocupacionais de Policiais: Sintomas Mais Frequentes. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 46,53, 2017.

MELO, L. P.; CARLOTTO, M. S. Prevalência e Preditores de *Burnout* em Bombeiros. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 668-681, 2016.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA E.R.; CONSTANTINO, P.: **Missão Prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde de policiais militares do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.



**Artigo**

OLIVEIRA, P. L. M.; BARDAGI, M. P. Estresse e comprometimento com a carreira em policiais militares. **Boletim psicológico**: São Paulo, v. 59, n. 131, p. 153-166, dez. 2009.

PARAÍBA. Lei Complementar nº 87, de 02 de Dezembro de 2008, capítulo III e Art. 4º, Dispõe sobre a Organização Estrutural e Funcional da Polícia Militar do Estado da Paraíba e determina outras providências. **Diário Oficial [do] Estado de Paraíba**, João Pessoa, PE , 02 Dez. 2008.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

PINHEIRO, L. R. S.; FARIKOSKI, C. Avaliação do nível de estresse de policiais militares. **Revista de Psicologia da IMED**, v.8, n.1, p.14-19, 2016.

PRADO, J. S. **Estresse e qualidade de vida de bombeiros militares**. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. (2013). **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª. ed. Feevale: Novo Hamburgo, 2013.

RANGÉ, B. **Psicoterapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed. 2001.

SAMPAIO, J. R.; GALASSO, L. M. R. Stress no mundo do trabalho: trajetória conceitual. In: LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. (Org.). **Stress e Trabalho. Uma abordagem psicossomática**. 4. ed. 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012, p. 65-82.

SILVA, M. B.; VIEIRA, S. B. O processo de trabalho do Militar Estadual e a Saúde Mental. **Saúde e Sociedade**: São Paulo, v. 17, n. 4, p. 161-170, 2008.



**Artigo**

**EXPECTATIVAS DE PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO EM RELAÇÃO À  
INTERVENÇÃO CIRÚRGICA**

**EXPECTATIONS OF PATIENTS IN THE PRE-SURGERY WITH REGARD TO  
SURGICAL INTERVENTION**

Maria do Socorro Leite Alves<sup>1</sup>  
Joselito Santos<sup>2</sup>  
Tatiana Cristina Vasconcelos<sup>3</sup>

**RESUMO** - O estágio pré-operatório é caracterizado pela angústia, que aumenta à medida que se aproxima a hora marcada para a cirurgia, sendo comum o registro de vários sentimentos, a exemplo da ansiedade e o medo. Muitos pacientes necessitam de uma intervenção psicológica para superar tais problemas. Nesta perspectiva, o objetivo do trabalho foi analisar as expectativas dos pacientes em estágio pré-cirúrgico quanto à intervenção cirúrgica, num hospital do interior do Estado da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza exploratória e com uma abordagem quantitativa, da qual participaram 15 pacientes, que responderam a um questionário estruturado. Verificou-se que a maioria dos pacientes estava confortável no período pré-operatório e que apenas uma pequena parcela apresentava-se estressada. Todos os participantes tinham expectativas positivas em relação à intervenção cirúrgica. Alguns pacientes não somente atribuem ao ato cirúrgico à possibilidade de resgatar/manter/construir uma melhor qualidade de vida, mas também consideram a cirurgia como a possibilidade de um renascimento, assinalando o início de uma nova vida.

**Palavras-chave:** Pré-operatório. Expectativas. Medo. Ansiedade.

<sup>1</sup>Psicóloga pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: pelucynha\_alves@hotmail.com

<sup>2</sup>Mestre e Doutor pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: jslit02012@gmail.com

<sup>3</sup>Graduada e Mestre em Psicologia (UFPB) Doutora em Educação (UERJ). Docente do Curso de Pedagogia da Universidade Estadual da Paraíba e do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: vasconcelostc@yahoo.com.br



### Artigo

**ABSTRACT** - The pre-surgery is characterized by anguish, which increases as the time for surgery approaches, and a number of feelings, such as anxiety and fear, are common. Many patients require psychological intervention to overcome such problems. In this perspective, the objective of the study was to analyze the expectations of the pre-surgical patients regarding the surgical intervention, in a hospital in the interior of the State of Paraíba. It is a descriptive research, exploratory in nature and with a quantitative approach, in which 15 patients participated, who answered a structured questionnaire. It was found that the majority of the patients were comfortable in the preoperative period and that only a small portion was stressed. All participants had positive expectations regarding surgical intervention. Some patients not only attribute the surgical act to the possibility of rescuing / maintaining / building a better quality of life, but also consider surgery as the possibility of a rebirth, signaling the beginning of a new life.

**Keywords:** Pre-surgery. Expectations. Fear. Anxiety.

## INTRODUÇÃO

O fato de ter que ser submetido à uma intervenção cirúrgica faz com que qualquer paciente sinta que sua integridade física e psicológica encontra-se ameaçada (BROERING; CREPALDI, 2011). Diante dessa realidade, um sentimento de impotência e medo de morrer tomam conta do indivíduo, levando-o a refletir sobre os riscos que irá enfrentar durante a referida intervenção cirúrgica. Para Juan (2007) a ansiedade e o medo são sentimentos que podem ter origem em qualquer evento novo ou desconhecido, configurando-se em reações que são desencadeadas diante de um perigo eminente ou frente a uma ameaça de perigo.

Assim, é comum o ser humano sentir-se ansioso ou de fato ter medo, quando estiver prestes a ser submetido a uma intervenção cirúrgica. O período que antecede a um ato cirúrgico sempre é caracterizado pela angústia, que aumenta à medida que se aproxima da hora marcada para a cirurgia (MARCHESINI, 2010). A maneira como o paciente percebe a cirurgia é mais importante que ela mesma (JUAN, 2007).



### Artigo

A percepção formulada pelo paciente é uma resposta as suas expectativas. E esta tem por objetivo primordial enfrentamento do estresse e da ansiedade, registrados durante o período do pré-operatório. Por mais forte e estruturado que seja o indivíduo, quando este recebe a notícia de que precisa ser submetido a uma intervenção cirúrgica, essa informação produz implicações em sua vida. Ele passa refletir sobre sua vida, questionando a si mesmo se será capaz de suportar a doença. Tudo isto reflete em sua saúde, podendo alterar o seu quadro de forma significativa.

Qualquer procedimento cirúrgico poderá ser acompanhado de anseios, dúvidas e medo, tornando-se um evento estressante e complexo para o paciente. Durante o pré-operatório surgem desequilíbrios emocionais que podem provocar um conjunto de conflitos internos aumentam da ansiedade do paciente (ASCARI et al., 2013).

No todo, o período pré-operatório provoca um abalo emocional no paciente. Ele precisará de um apoio e orientação psicológica com vistas a reduzir os níveis de estresse e melhorar seu quadro psicodinâmico e reacional. Levando-se em consideração essa situação, várias podem ser as expectativas apresentadas pelo paciente que se encontra nesse período.

Nesta perspectiva, tem-se como objetivo analisar as expectativas dos pacientes em estágio pré-cirúrgico quanto à intervenção cirúrgica, em um hospital do interior do Estado da Paraíba.

### O paciente e os impactos gerados no pré-operatório

Ao tratar da intervenção cirúrgica, Costa; Silva e Lima (2008) afirmam que para o paciente esta representa uma ameaça à sua integridade física e psíquica, já que vem acompanhada de ansiedade, a qual expressa uma reação natural e necessária à autopreservação, não se constituindo em algo patológico.

O paciente precisa se adaptar a essa nova situação para poder melhor superar seus problemas (FIORENTINO, 2007). A situação cirúrgica é complexa, envolvendo diversas variáveis combinadas que interagem entre si de forma constante, existindo cinco variáveis interdependentes, que são observáveis. São elas: biológicas; culturais; físico-químicas, psicológicas e sociais (JUAN, 2007). No entanto, para se observar tais variáveis é necessário ter uma visão completa do fenômeno, levando em consideração suas características particulares.



### Artigo

O ato cirúrgico, independente do seu grau de complexidade, pode produzir ansiedade, dúvidas e medo. Na prática, o conhecimento que ter ser submetido a um procedimento cirúrgico produz no indivíduo uma alteração em seu estado emocional, que muitas vezes é alterado pela falta de informação sobre os acontecimentos que sucedem a cirurgia (BROERING; CREPALDI, 2008).

No que diz respeito às intervenções cirúrgicas, a ansiedade gerada é uma resposta à ameaça que se descortina no paciente no período que antecede a tal procedimento podendo ser sempre vista como uma fuga e ao mesmo tempo uma forma de proteção do organismo. Nesse período, com grande frequência, ainda segundo Juan (2007), surgem “sentimentos potencialmente negativos baseados na avaliação cognitiva de cada indivíduo” (p. 49).

Desta forma, verifica-se que a cirurgia é um evento novo na vida do ser humano, fazendo-o refletir sobre um conjunto de situações, que nem sempre encontram-se ligadas só e unicamente à sua pessoa. O fato de ter que ser submetido à uma intervenção cirúrgica faz surgir no indivíduo o sentimento de perda e o medo de que pode não sobreviver a esse procedimento.

Nesse mesma linha de pensamento, Broering e Crepaldi (2008) acrescentam que o paciente submetido a procedimento cirúrgico tem medo da dor e da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado, e medo de morrer durante esse procedimento. Para Juan (2007) qualquer intervenção cirúrgica é uma situação crítica que expõe o indivíduo a um estresse físico e emocional.

O paciente no pré-operatório passa a vivenciar situações de elevado grau de estresse, cuja intensidade está condicionada à gravidade de seu quadro clínico. De acordo com Juan (2007), os estressores mais significativos nesse período são o diagnóstico, a doença, a dor, a hospitalização, os procedimentos médicos, o temor de não despertar da anestesia, as consequências da cirurgia, a perda da autonomia e a morte.

É importante ressaltar que durante o período do pré-operatório cada um desses estressores, gera um tipo de medo específico. Embora seja comum essa reação na maioria dos pacientes pré-operatórios, a aproximação do evento cirúrgico pode ser encarado de forma variada por parte das diferentes pessoas, tanto em intensidade, quanto em significado. Na maioria dos casos, como o indivíduo avaliar a situação pode vir a contribuir para a sua superação. Desta forma, o próprio indivíduo é capaz de se auto-ajudar-se (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).



## Artigo

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, exploratório e descritivo, realizado em um Hospital público na cidade de Itaporanga - PB, do qual participaram 15 pacientes que se encontravam internados aguardando a intervenção cirúrgica, selecionados pelo processo de amostragem não probabilística por conveniência.

Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário sócio-demográfico e de auto percepção sobre o pré-cirúrgico, após anuência dos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A população assistida pelo estabelecimento hospitalar é constituída por pessoas de baixa renda, incluindo, principalmente, assalariados, desempregados e pequenos agricultores, que buscam os serviços oportunizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a realização do estudo foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- i. o paciente deveria estar internado e no estágio de pré-operatório;
- ii. o paciente deveria concordar em participar do presente estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- iii. o paciente deveria encontrar-se em condições de responder ao questionário.

Foram excluídos da presente pesquisa os pacientes que, embora internados, não estavam no estágio pré-operatório, bem como aqueles que embora estivessem neste estágio, se recusaram de assinarem o TCLE, e aqueles que não se encontravam em condições de responder ao questionário que foi utilizado para a coleta e menores de 18 anos.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### Perfil da amostra

Para caracterizar os participantes, colheu-se os dados relativos ao sexo, idade e estado civil, que se encontram apresentados na Tabela 1.





**Artigo**

Tabela 1 - Distribuição dos participantes quanto ao perfil sócio, econômico e demográfico. Itaporanga - PB, 2015

<b>Variáveis</b>	<b>Participantes</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	02	13,33%
Feminino	13	86,67%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>
<b>Faixa etária</b>		
Entre 18 e 25 anos	04	26,64%
Entre 26 e 30 anos	02	13,34%
Entre 31 e 35 anos	04	26,66%
Entre 36 e 40 anos	02	13,34%
Entre 41 e 45 anos	01	6,66%
Entre 46 e 50 anos	02	13,34%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	05	33,34%
Casada	07	46,66%
Divorciada	03	20,00%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa de campo (outubro/2015).

Apenas 13,33% dos participantes eram do sexo masculino e 86,67% do sexo feminino. O maior número de participantes se encontrava nas faixas etárias de 18 a 25 anos e de 31 a 35 anos, integrando, respectivamente, duas parcelas de 26,66% cada faixa etária; 6,66% tinham entre 41 e 45 anos, enquanto que os demais, em três parcelas iguais de 13,34%, tinham, respectivamente, entre 26 e 30 anos, entre 36 e 40 anos e, entre 46 e 50 anos de idade; 46,66% dos participantes eram casados; 33,34% eram solteiros e 20% eram divorciados.

Quando aos tipos de procedimento cirúrgico, verifica-se que a maioria foi submetida à histerectomia (46,66%). Os demais, 40% foram submetidos a procedimento cirúrgico para a retirada da vesícula e 13,34% a uma herniorrafia inguinal.



### Artigo

Tabela 2 - Distribuição dos participantes quanto ao procedimento cirúrgico que foi submetido. Itaporanga –PB, 2015

Variáveis	Participantes	%
Histerectomia	07	46,66%
Vesícula	06	40,00%
Herniorrafia Inguinal	02	13,34%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa de campo (outubro/2015).

#### Dados relativos aos objetivos da pesquisa

Inicialmente, procurou-se saber dos entrevistados há quanto tempo estavam aguardando para serem submetidos à intervenção cirúrgica. Quatro parcelas iguais de 6,67% esperaram, respectivamente, 3 anos, 1 ano, 10 meses e 9 meses, para conseguirem a cirurgia; 20% esperaram 4 meses; 26,66% esperaram 2 meses e outros 26,66% esperarem apenas 1 mês (Gráfico 1).



Artigo

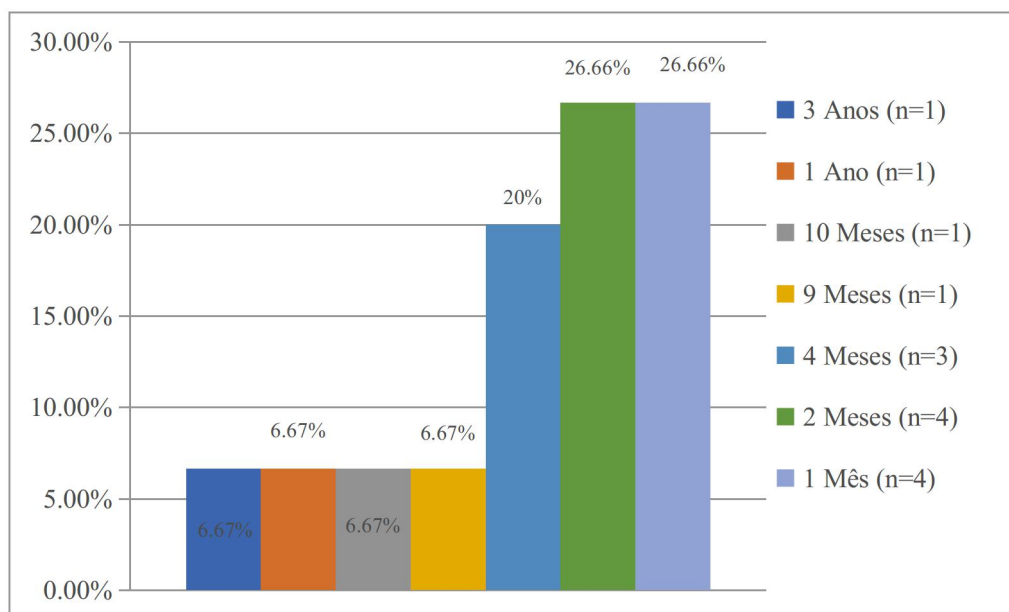


Gráfico 1. Tempo de aguardo para intervenção cirúrgica. Itaporanga - PB, 2015  
Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

De acordo com Ramos; Lustosa (2009), o tempo de espera por uma cirurgia no Brasil, às vezes pode ser muito longo. Por tempo de espera entende-se o período entre a primeira consulta médica, motivada pelo problema apresentado pelo paciente e a data da realização do procedimento cirúrgico. O tempo de espera excessivo sempre traz implicações desfavoráveis para o paciente, que repercutem na qualidade de vida.

Um estudo realizado por Carvalho; Gianini (2008) mostra que “o tempo de espera por cirurgia eletiva varia segundo diversos fatores”, podendo estar “relacionado à oferta de serviços, referentes à estrutura e processo, ou a características da demanda” (p. 475).

Quando se fala em estrutura está se referindo ao tipo de hospital e à capacidade da rede pública. Já em relação à demanda, devem ser observados os critérios de priorização de pacientes com indicações de urgência, bem como em relação às condições clínicas por estes apresentadas (CARVALHO; GIANINI, 2008).

Posteriormente, procurou-se obter o grau de facilidade dos pacientes para consecução da cirurgia. Para 40% dos entrevistados, conseguir a cirurgia foi fácil; para



### Artigo

26,67% foi muito difícil; para 6,67% foi muito fácil; para 26,67% nem foi fácil e nem difícil (Gráfico 2).

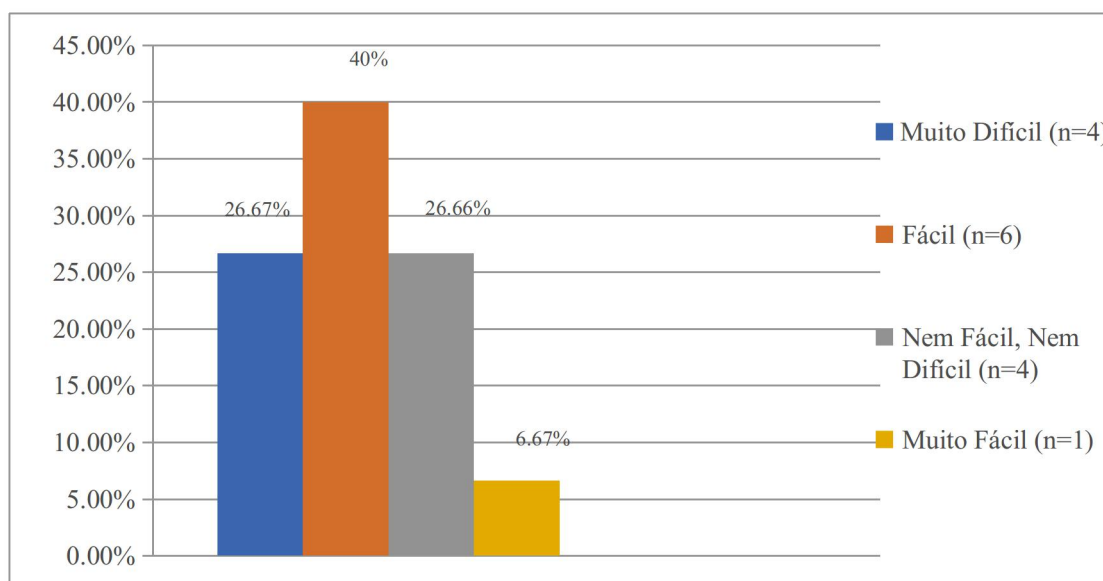


Gráfico 2. Graus de facilidade para conseguir a cirurgia. Itaporanga - PB, 2015  
Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Aqueles pacientes que esperaram de um e até três anos para conseguirem uma cirurgia consideraram essa uma tarefa muito difícil, pois chegaram em outras ocasiões a serem internados, mas não conseguiram ter marcada a cirurgia de que necessitavam. Esses pacientes são pessoas simples que residem na zona rural e que em virtude de sua pouca formação, possuem limitações até para procurarem seus direitos quando o que está em risco é a sua própria vida.

Aqueles pacientes que facilmente conseguiram marcar suas cirurgias residiam na cidade e, por esse fato, tinham mais condições de procurarem mais o hospital e acompanharem o processo de marcação de cirurgia. Em todo caso, na rede pública de saúde, os usuários enfrentam uma verdadeira fila de espera para conseguirem uma cirurgia, seja esta simples ou complexa.

Segundo Sarmiento Júnior; Tomita; Kos (2005), a dificuldade em conseguir uma cirurgia na rede pública de saúde é resultante de vários fatores, dentre os quais



### Artigo

destacam-se a inexistência de estrutura hierarquizada e eficiente, a escassez de recursos para a saúde e os investimentos insuficientes em hospitais, profissionais e tecnologia.

O terceiro questionamento referia-se ao número de cirurgias a que os pacientes já haviam se submetido. Observa-se que 20% dos participantes estavam sendo submetidos pela primeira vez, e 80% que já haviam sido submetidos a outras cirurgias (Gráfico 3).

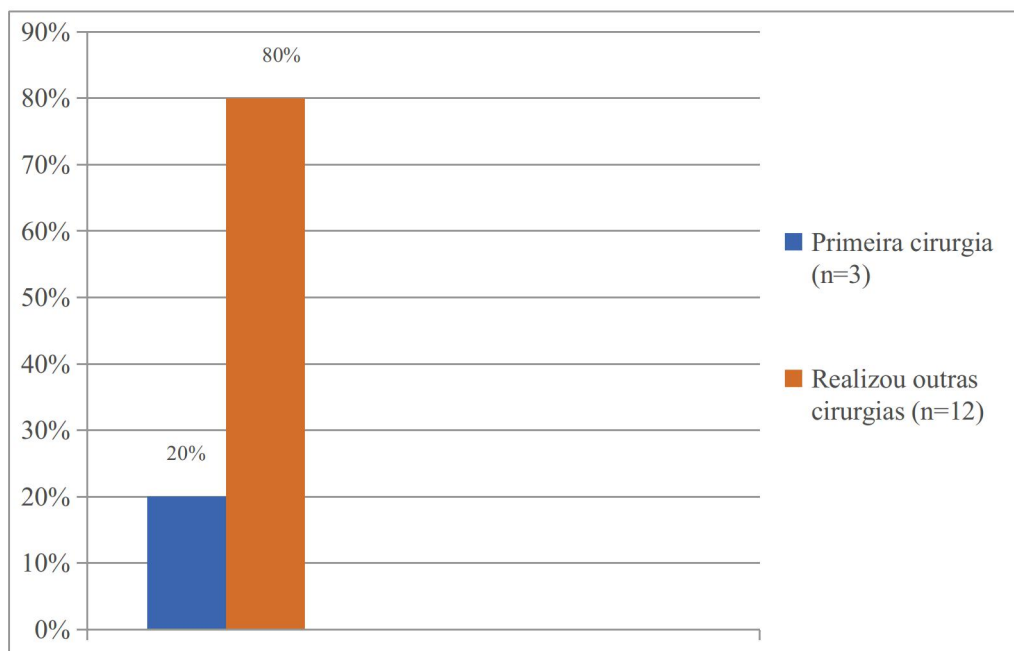


Gráfico 3. Quantidade de cirurgias a que foi submetido. Itaporanga - PB, 2015  
Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Os procedimentos cirúrgicos possuem características reparatórias ou objetivam reduzir/eliminar os riscos resultantes de um problema de saúde. Assim sendo, devem ser feitos quando realmente forem necessários. E, o número de procedimentos estará sempre relacionado à necessidade apresentada pelo problema de saúde (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Geralmente, quando se realiza um procedimento cirúrgico pela primeira vez sempre existe um maior medo. A incerteza passa a acompanhar a vida do paciente e isto



### Artigo

causa desconforto, tensão e medo. Este é o quando que comumente apresenta um paciente que recebe a indicação de um procedimento cirúrgico.

No Gráfico 4 consta a distribuição dos participantes quanto ao sentimento vivenciado no pré-operatório. Os pacientes que estavam sendo submetido à cirurgia pela primeira vez foram aqueles que declararam estar se sentido 'desconfortável' e 'muito desconfortável'. Os demais, por já terem vivenciado antes tal experiência, mostraram-se menos desconfortáveis e confortáveis.

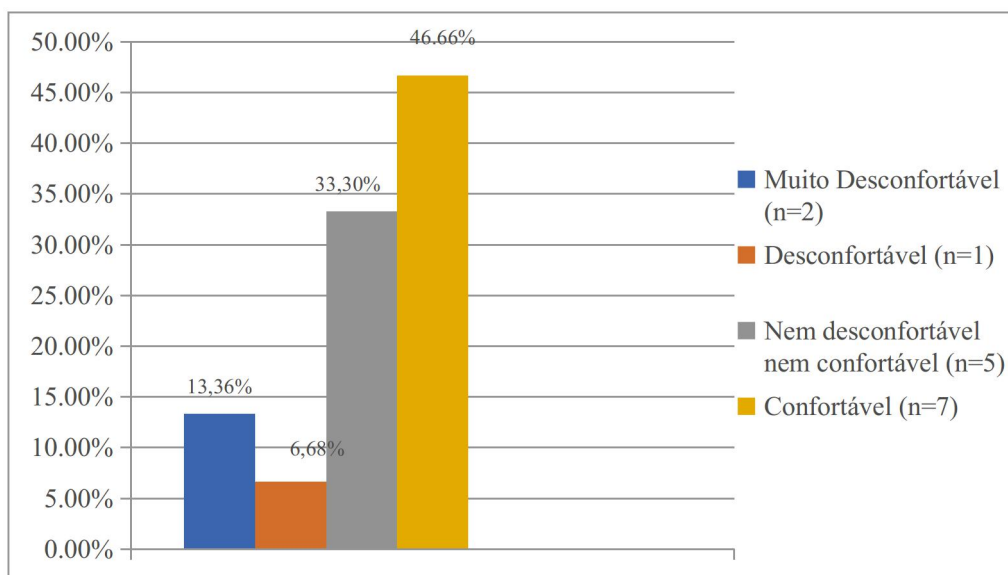


Gráfico 4. Distribuição dos participantes quanto à sensação de conforto no pré-operatório. Itaporanga - PB, 2015  
Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Uma cirurgia causa grande impacto no bem-estar físico, social e emocional do paciente, uma vez que se registra aumento dos níveis de ansiedade e estresse, bem como pelo distanciamento, mesmo que temporário, da rede de apoio social e familiar (COSTA JÚNIOR et al., 2009).

Diante dessa situação, é comum o paciente sentir-se desconfortável ou inseguro. O grau de insegurança e de desconforto encontra-se diretamente relacionado à gravidade do problema apresentado. Assim, quanto mais grave for este, maior será a



### Artigo

insegurança e o desconforto apresentado pelo paciente no estágio do pré-operatório. Entretanto, em nosso estudo apenas 01 paciente referiu ter ficado “desconfortável” e 02 “muito desconfortável”. Este fato pode estar relacionado a experiência que a maioria tem em relação a cirurgia anterior já realizada, a qual pode se tornar um fator de proteção.

Posteriormente, procurou-se saber dos participantes qual o grau de ansiedade que eles apresentavam em relação à cirurgia. Verifica-se que 40% dos participantes se sentiam muito ansiosos; 33,30% declararam que estavam ansiosos; 6,7 estavam pouco ansiosos e 20%, nada ansiosos (Gráfico 5).

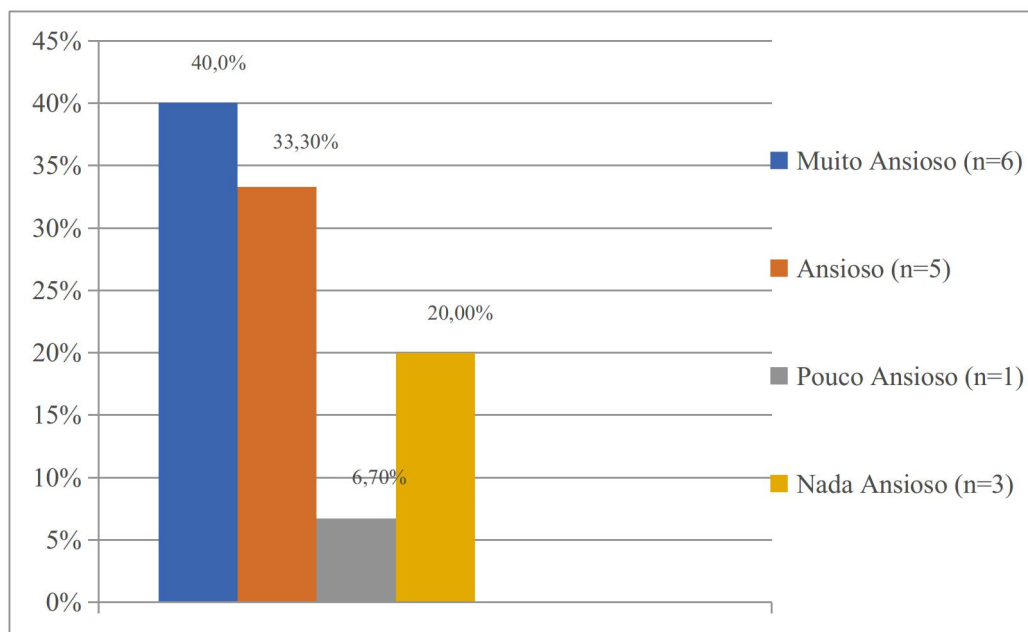


Gráfico 5. Autopercepção de ansiedade dos participantes em relação à cirurgia.  
Itaporanga - PB, 2015  
Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Segundo Ramos; Lustosa (2009), vários estudos mostram que a necessidade de uma cirurgia traz implicações para a vida das pessoas, alterando sua dinâmica de vida. Para manter a qualidade de vida é de suma importância que o paciente receba um





### Artigo

suporte pré-operatório, bem como intervenções psicológicas complementares durante a reabilitação. Estas intervenções contribuem para manter a qualidade de vida.

Turra et al. (2011) mostram que existe a necessidade de uma preparação psicológica como redutor potencial de ansiedade e medo da cirurgia. E, baseados em vários estudos, recomendam que essa preparação psicológica enfatizasse, principalmente, “a identificação de fatores psicossociais individuais dos pacientes que poderiam implicar em dificuldades de enfrentamento da cirurgia” e a “uma conversa aberta entre cirurgião e paciente sobre resultados da cirurgia e perspectivas de reabilitação” (p. 355).

Solicitado aos pacientes que falassem da sua autoavaliação quanto ao estresse experimentado no pré-operatório, 73,36% mencionaram não terem se estressado, enquanto 26,64% declararam ter apresentado estresse.

Para os pacientes cirúrgicos, a hospitalização constitui o maior dos desencadeadores de estresse, causando temor e insegurança. Nesse estágio, muitos não conseguem esconder o medo. Considerando que quatro participantes (n=4) declararam que se sentiram estressados, procurou-se saber destes como eles avaliavam o quadro de estresse apresentado (Gráfico 6). Daqueles participantes que declararam que estavam estressados (n=4), 75% (n=3) ressaltaram que seus níveis de estresse eram altos, enquanto 25% (n=1) afirmaram que eram nem baixo nem alto.



**Artigo**

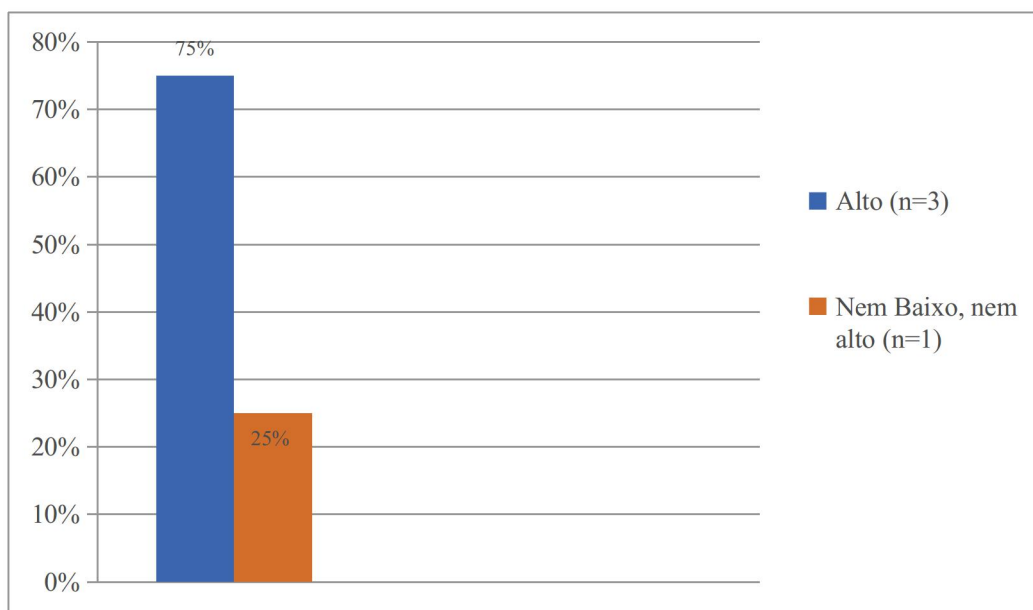


Gráfico 6. Autoavaliação do quadro de estresse pelos participantes. Itaporanga - PB, 2015

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

O nível elevado de estresse representa o grau de insegurança e de medo que toma conta do paciente no pré-operatório. Quanto maior for o desconhecimento e a incerteza que o paciente tiver em relação ao seu estado de saúde, maior poderá ser o nível de estresse apresentado.

Por ser um ato desconhecido, o procedimento cirúrgico pode causar no paciente diversos sentimentos, a exemplo do desconforto, da ansiedade, do estresse físico e emocional (ASCARI et al., 2013). O estresse sempre se encontra presente entre os pacientes que se encontram no pré-operatório, acrescentando que uma das formas de se reduzir os níveis de estresse e de ansiedade é o fortalecimento da comunicação entre o paciente e a equipe de saúde (COSTA JÚNIOR, 2012).

Desta forma, conhecendo melhor o seu estado de saúde, o paciente passa a ter um nível menor de estresse e de ansiedade no pré-operatório, o que contribui para manter a sua qualidade de vida. Posteriormente, quis-se saber dos entrevistados quais eram as suas expectativas em relação aos resultados da cirurgia, verificando-se que



### Artigo

73,36% tinham uma expectativa positiva e 26,64% tinham uma expectativa muito positiva em relação aos resultados na cirurgia (Gráfico 7).

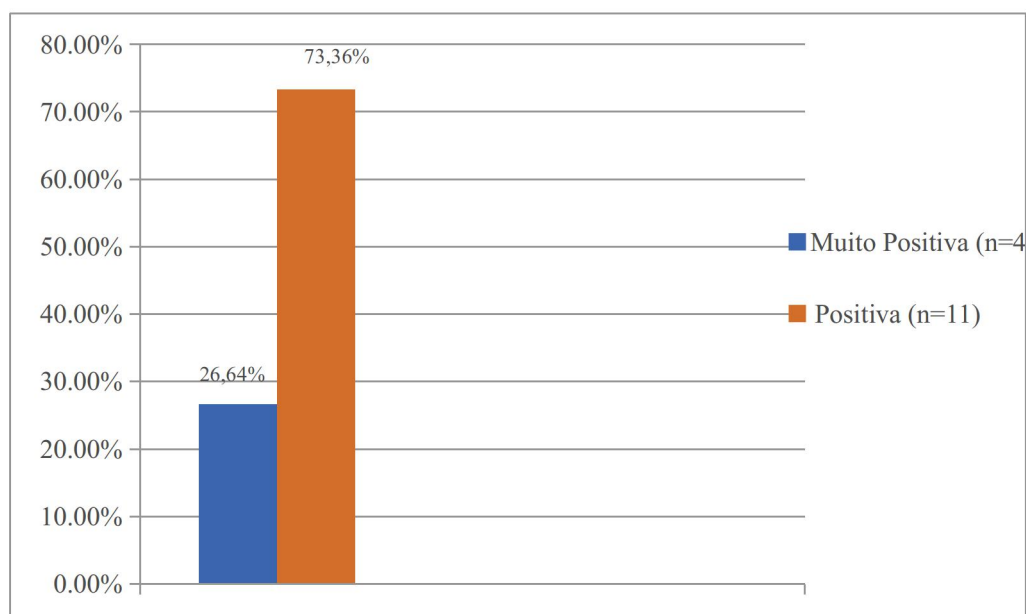


Gráfico 7. Nível de expectativas em relação aos resultados da cirurgia. Itaporanga - PB, 2015

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

No que diz respeito às expectativas do paciente em relação à cirurgia, Christóforo; Carvalho (2009) mostram que estas são proporcionadas pela visão que o mesmo possui sobre tal procedimento. Quando o médico ou o enfermeiro repassa informações sobre a cirurgia, isto deixa o paciente mais tranquilo, gerando, assim, uma expectativa positiva. Para Madeira et al. (2010), quando os pacientes cirúrgicos não recebem um bom acompanhamento no seu período pré-operatório, passam a apresentarem altos níveis de estresse, podendo desenvolver sentimentos com atuação negativa no processo cirúrgico.

Procurou-se saber dos entrevistados o que mais os preocupava no período pré-operatório: 40% dos participantes não encontravam-se preocupados com nada durante o



### Artigo

pré-operatório, 53,32% temiam que alguma coisa desse errado, enquanto que 6,68% queixaram-se de dores (Gráfico 8).

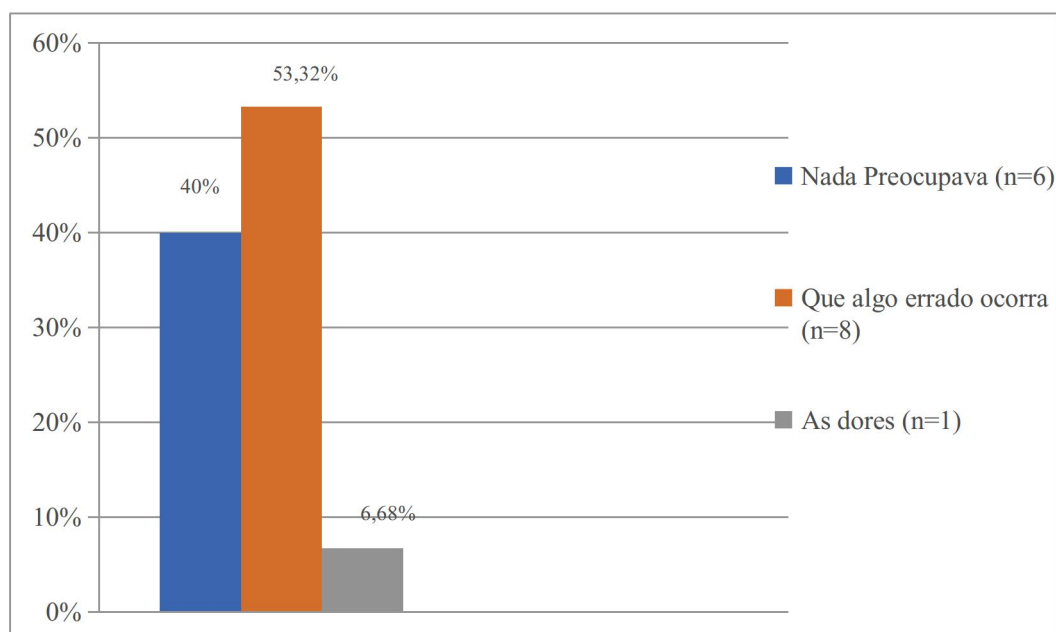


Gráfico 8. Tipos de preocupações mais comuns apresentados pelos participantes.  
Itaporanga - PB, 2015

Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Com grande frequência, os pacientes que se encontram no período pré-operatório temem que alguma coisa dê errado. Esse sentimento sempre contribui para o surgimento de quadros de estresses (FLORIANI, 2008). Alguns pacientes que se encontram no período pré-operatório, às vezes se queixam de dores. Estas surgem ou aumentam em decorrência do quadro clínico que levou o paciente a ser submetido a uma cirurgia (DUARTE; ANDRADE, 2008).



### Artigo

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sensação de conforto foi relatada pela grande parte dos entrevistados e o quadro de estresse somente foi apresentado por quarto entrevistados. A ansiedade foi o sentimento relatado por todos, em diferentes escalas. Mesmo assim, todos tinham uma expectativa positiva em relação aos resultados da cirurgia, o que pode ser considerado como um quadro psicológico muito bom, visto que essa expectativa influencia diretamente na qualidade de vida dos pacientes.

Alguns pacientes não somente atribuem ao ato cirúrgico à possibilidade de resgatar/manter/construir uma melhor qualidade de vida, mas também consideram a cirurgia como sendo a possibilidade de um renascimento, assinalando o início de uma nova vida. A maioria espera recuperar a saúde e retomar sua vida normal, cuidando de si e de seus filhos, nutrindo a esperança de poder proporcionar a estes uma melhor assistência.

A maioria espera receber apoio e um bom acolhimento. Vivenciando um estágio de pré-operatório o paciente é levado a refletir sobre sua vida futura, preocupando-se com algumas particularidades, inclusive, se será bem acolhido por seus familiares e se destes receberá o apoio de que necessitará para ter uma recuperação mais rápida.

## REFERÊNCIAS

ASCARI, R. A et al. Percepções do paciente cirúrgico no período pré-operatório acerca da assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 7, n. 4, 1136-1144, abr., 2013.

BROERING, C. V.; CREPALDI, M. A. Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 39, 61-72, 2008.

BROERING, C. V.; CREPALDI, M. A. Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas à cirurgia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 1, 15-23, jan./mar., 2011.



**Artigo**

CARVALHO, T. C.; GIANINI, R. J. (2008). Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 3, 473-483, set., 2008.

CHRISTOFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, n. 1, 14-22, mar., 2009.

COSTA JUNIOR, A. L. et al. Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 2, 271-284, abr./jun., 2012.

COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F.; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 282-298, jul./dez., 2010.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. C. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n.1, 155-163, jan./abr.2008.

FLORIANI, C. A. Quando o tratamento oncológico pode ser fútil? Do ponto de vista do paciente-família. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 393-396, v. 54, n. 4, 2008.

JUAN, K. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 5, n. 1, 48-59, 2007.

MADEIRA, M. Z. A. et al. A expectativa do paciente no pré e pós-operatório de prostatectomia. **Revista Interdisciplinar Novafapi**, Teresina, v. 3, n. 1, 13-18, jan./mar., 2010.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, 4767-4776, dez., 2011.



**Artigo**

MARCHESINI, S. D. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 23 n. 2, 108-113, jun., 2010.

PERLINI, N. M. O. G.; BERVIAN, P. I. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, 121-128, ago., 2006.

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. (2009). Câncer de mama feminino e psicologia. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 85-97, jun., 2009.

TURRA, V. et al. Contribuições da Psicologia na atenção ao paciente cirúrgico: uma análise da literatura. **Comunicação em Ciências Saúde**, v. 22, n. 4, 353-366, 2011.





**Artigo**

**GRUPOS DE PESQUISAS NACIONAIS E AS ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**RESEARCH GROUPS AND THE MEDICAL SPECIALTIES**

Alexandre Henrique Costa Gonçalves<sup>1</sup>  
Clarice Eduarda da Silva Albuquerque<sup>1</sup>  
Eloizy Mariana Dias de Medeiros Cirilo Costa<sup>1</sup>  
Gilmara Moraes de Araújo<sup>1</sup>  
Larissa Ramos Lima de Araújo<sup>1</sup>  
Milena Nunes Alves de Sousa<sup>2</sup>

**RESUMO** - Durante muito tempo, a prática médica baseou-se na experiência clínica e nas teorias fisiopatológicas, no entanto, à medida que surgiu a Medicina Baseada em Evidências, as tomadas de decisões sobre os cuidados em saúde esquivaram-se do empirismo e passaram a ser respaldadas nas pesquisas científicas. O desenvolvimento do campo científico na área médica possibilitou elucidação de diversas patologias, bem como proporcionou estratégias diagnósticas mais efetivas, além de vasto arsenal terapêutico, concebendo dessa forma grandes avanços nas ações em saúde. Para tanto, objetivou-se identificar as áreas médicas com maior destaque entre os grupos de pesquisas nacionais. Trata-se de um estudo bibliométrico, o qual apresenta como finalidade medir os índices de produção e disseminação do conhecimento científico. Foram utilizados dados obtidos na plataforma online do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, sendo a pesquisa realizada no mês de maio de 2018. Conforme dados obtidos, a área de neurologia conta com maior número de grupos de pesquisa em medicina, correspondendo a 32 registros contabilizando 17,5% do número total, em contrapartida, as especialidades médicas com menor número são cirurgia geral com quatro registros, seguida de anestesiologia e cirurgia plástica que contam com sete registros. Constatou-se a importância da pesquisa científica para tomada de decisões em

---

<sup>1</sup> Estudante de Medicina pelas Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB.

<sup>2</sup> Turismóloga, Administradora e Enfermeira. Doutora em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca, Franca-SP. Docente no Curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB. E-mail: [minualsa@hotmail.com](mailto:minualsa@hotmail.com)



### Artigo

saúde, assim, torna-se primordial que os profissionais médicos sintam-se encorajados para desenvolver investigações na área.

**Palavras-chave:** Medicina. Grupos de Pesquisa. Bibliometria.

**ABSTRACT** - For a long time, medical practice was based on clinical experience and pathophysiological theories; however, as evidence-based medicine emerged, health care decision-making shied away from empiricism and became be supported by scientific research. The development of the scientific field in the medical area made it possible to elucidate several pathologies, as well as provided more effective diagnostic strategies, besides a vast therapeutic arsenal, thus conceiving great advances in health actions. To do so, the objective was to identify the medical areas with the most prominence among the national research groups. This is a bibliometric study, which aims to measure the indexes of production and dissemination of scientific knowledge. Data were obtained from the online platform of the Research Groups Directory in Brazil, and the research was conducted in May, 2018. According to data obtained, the area of neurology has more number of research groups in medicine, corresponding to 32 records accounting for 17.5% of the total number, in contrast, the medical specialties with the smallest number are general surgery with four records, followed by anesthesiology and plastic surgery with seven records The importance of scientific research for decision-making in health was verified, so it is paramount that medical professionals feel encouraged to carry out investigations in the area.

**Keywords:** Medicine. Research Groups. Bibliometria.

## INTRODUÇÃO

Durante muito tempo a prática médica baseou-se na experiência clínica e nas teorias fisiopatológicas, no entanto, à medida que surgiu a Medicina Baseada em Evidências (MBE) ou Prática Clínica Baseada em Evidências (PCBE), as tomadas de decisões sobre os cuidados em saúde esquivaram-se do empirismo e passaram a ser respaldadas nas pesquisas científicas. O desenvolvimento do campo científico na área médica possibilitou elucidação de diversas patologias, bem como proporcionou



### Artigo

estratégias diagnósticas mais efetivas, além de vasto arsenal terapêutico, concebendo grandes avanços nas ações em saúde (EL DIB, 2007).

No cenário científico atual, a medicina evoluiu mediante pesquisas, estas têm servido de ferramenta para a produção de conhecimentos imprescindíveis para o entendimento dos mecanismos de prevenção e do tratamento de doenças, auxilia na promoção da saúde e melhora a qualidade de vida das populações. Assim sendo, os grupos de pesquisa tem papel fundamental sobre o desenvolvimento acadêmico, científico e prático da área médica, com repercussões sobre a saúde e a sociedade em geral.

Apesar disto, muito ainda há de ser feito. É preciso entender a disposição dos grupos de pesquisa de acordo com cada especialidade médica, com o intuito de esclarecer as áreas que precisam de incentivos para promoção de uma MBE mais uniforme e igualitária entre as especialidades (SALES et al., 2017).

O médico do futuro deve ser capaz de perceber sua profissão em seu contexto sociopolítico, deve ser profissionalmente curioso, investigativo e crítico. E essas habilidades só podem ser atingidas por meio de devido interesse por conhecimento e produção de pesquisa (SOUZA et al., 2014).

Nesse sentido, entender a disposição dos grupos de pesquisa de acordo com cada especialidade médica, com o intuito de esclarecer as áreas que precisam de mais incentivos para promoção de um campo de pesquisa igualitário entre as especialidades é fundamental. É importante ressaltar que esse estudo bibliométrico é uma ferramenta útil para o planejamento e a gestão das atividades de pesquisa que estimulem a formação de profissionais médicos capazes de selecionar adequadamente a fonte do conhecimento e de avaliar criteriosamente como se transferir a informação da literatura para a prática médica (LOPES, 2000).

Nota-se, ainda, que o incentivo à pesquisa realizada por profissionais médicos é fundamental para integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência externa disponível oriunda de investigações sistemáticas. Tal fato, com o intuito de capacitar o médico para adquirir autonomia no julgamento crítico da qualidade das informações que irão estar disponíveis para seu processo de educação continuada, e assim, diminuir as incertezas de suas decisões clínicas sobre a saúde dos pacientes (LEITE, 1999).

Por conseguinte, objetivou-se identificar as áreas médicas com maior destaque entre os grupos de pesquisas nacionais.



## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliométrico, o qual apresenta como finalidade medir os índices de produção e disseminação do conhecimento científico. Foram utilizados dados obtidos na plataforma online do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil Lattes, na página eletrônica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e dados obtidos nos bancos de dados das plataformas PUBMED, MEDLINE e SCIELO.

Os passos seguidos para o desfecho satisfatório do estudo contemplou o preconizado por Quevedo-Silva et al. (2016), conforme figura 1.



Figura 1: Passos para a bibliometria  
Fonte: Quevedo-Silva et al. (2016).

Os descritores utilizados para pesquisa a partir do Diretório dos Grupos do CNPq/CAPES foram Ciências da Saúde, Medicina e Medicina Baseada em Evidências. De posse desses, foi feita a consulta parametrizada em Grupos. Optou-se apenas pela escolha de grupos compostos por profissionais médicos. Surgiram 1230 grupos cadastrados com esses termos, em que após seleção restaram 181 grupos. Destes, procedeu-se a distribuição conforme especialidades Neurologia, Cardiologia, Obstetrícia, Dermatologia, Pediatria, Ortopedia, Cirurgia geral, Cirurgia Plástica, Oftalmologia e Anestesiologia. A pesquisa foi realizada no mês de maio de 2018.



**Artigo**

**RESULTADOS**

Na figura 2, verifica-se que na análise geral dos grupos de pesquisa de acordo com especialidades médicas, Neurologia foi a mais referenciada, com 32 grupos, seguido da Pediatria com 30 grupos, Cardiologia com 26 grupos, Dermatologia e Obstetrícia com 21 grupos, Oftalmologia com 17 grupos, Ortopedia totalizando 16 grupos, Anestesiologia e Cirurgia Plástica com 7 grupos, por fim, a Cirurgia Geral com um total de 4 grupos de pesquisa.

Conforme dados obtidos foi evidenciado que a área de neurologia conta com maior número de grupos de pesquisa em medicina, correspondendo a 17,5% do número total, em contrapartida, as especialidades médicas com menor número são cirurgia geral com 2,2%.

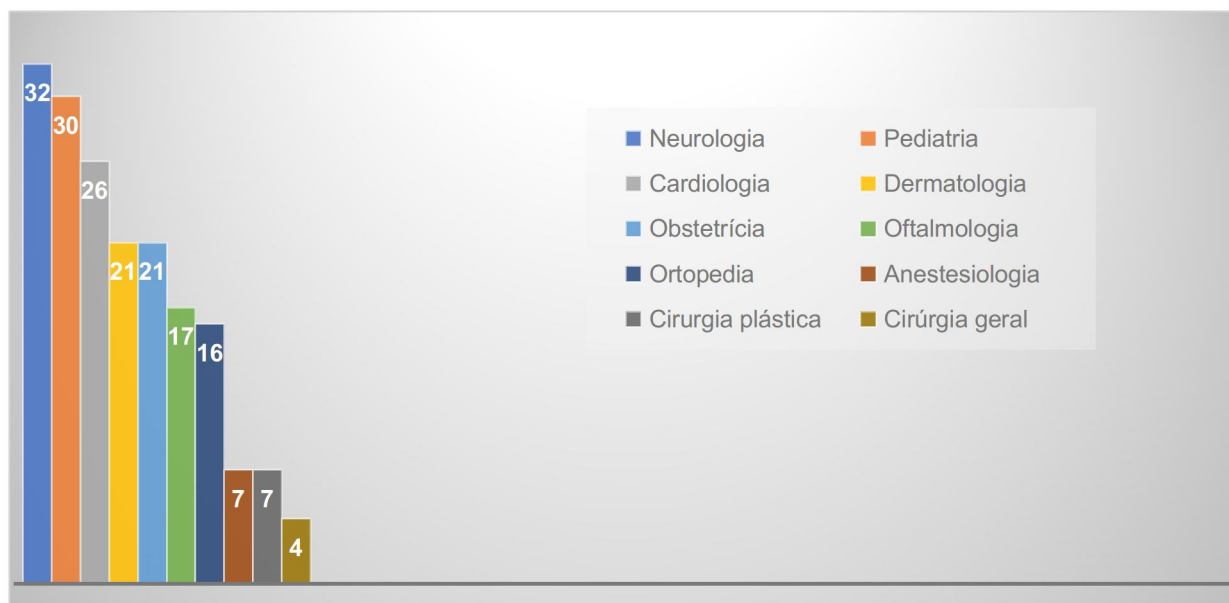


Figura 2: Grupos de pesquisa de acordo com especialidades médicas

A maioria dos grupos de pesquisa está concentrada nas regiões Sul e Sudeste. Dos 181 grupos, 61 estão localizados no estado de São Paulo, 25 estão no estado do Rio Grande do Sul e 21 estão no estado de Minas Gerais.



## DISCUSSÃO

As publicações científicas objetivam divulgar a pesquisa para a comunidade, de forma que permita que outros possam utilizá-la e avaliá-la sob outras visões. As revistas, eletrônicas ou impressas, ainda são consideradas como o modo mais rápido e economicamente viável, para os pesquisadores fazerem circular e tornar visíveis os resultados do seu trabalho. Pois, é por meio de uma publicação científica que a sociedade toma conhecimento dos resultados de um trabalho de pesquisa e o que este representa para a coletividade (BROFMAN, 2012).

A formação do neurologista inclui a aquisição de amplo conhecimento de medicina interna, das neurociências básicas e das doenças do sistema nervoso. Além de obter conhecimento científico o neurologista deve desenvolver habilidades clínicas e atitudes que permitam a expressão adequada de sua competência e seu contínuo aperfeiçoamento profissional. Para atingir este objetivo há necessidade de promover profundas mudanças no sistema de educação médica inserindo-o no espírito universitário da pesquisa e da busca da excelência. A residência médica deve enfatizar a formação de hábitos de aprendizado independente, do uso da metodologia científica, de pensamento analítico e crítico, assim como de atitudes éticas. Neste sentido, o preceptor desempenha importante papel como modelo (PEIXOTO, 1993).

Uma das estratégias utilizadas pela Academia Brasileira de Neurologia no Brasil para promover o conhecimento científico nessa área é o compartilhamento de informações e de descobertas feitos por pesquisadores em todo o mundo sobre as melhores condutas terapêuticas nos mais diversos casos que os neurologistas mais renomados acompanham. Isso possibilita um diálogo entre os cientistas, no qual se destacam a troca de conhecimento e auxílio no tratamento dos pacientes como formas de promover a disseminação de informações provenientes de pesquisas científicas. Dessa forma, o neurologista pode saber, de antemão, o que os especialistas das diferentes áreas da Neurologia têm pesquisado e o que recomendam para os colegas. Possibilita, ainda, um melhor rastreamento de distúrbios neurológicos, possibilitando que sejam diagnosticados mais precocemente, melhorando o prognóstico dos pacientes (NETO-BRASIL, 2009).

Os estudos e pesquisas realizados na área de cardiologia procuram refletir tendências evolutivas das doenças cardíacas no Brasil, objetivando o desenvolvimento





### Artigo

de medidas mais eficazes para diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares. (EVORA; MOREIRA, 2015).

A incorporação da prática obstétrica pelos médicos, que teve início nos séculos XVII e XVIII, na Europa, foi afastando, aos poucos, as parteiras do cenário do nascimento (WOLFF; WALDOW, 2008). Com a chegada do século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial ocorreu um grande avanço e desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias no campo da medicina, que contribuíram significativamente para a diminuição da mortalidade materna e infantil (MORAES; GODOI; FONSECA, 2006; ZOPI et al., 2012).

Foi só com o desenvolvimento de novas técnicas para realização do parto e o conhecimento da higienização correta que esses índices foram diminuindo. Tudo isso foi possibilitado pela promoção de pesquisas científicas, ao longo dos anos, que permitiram um aumento do conhecimento na área da Obstetrícia que objetivassem a realização de partos mais seguros, além do desenvolvimento de tecnologias e novos conhecimentos relacionados ao procedimento do parto. A criação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (PAISM) representou um marco para o desenvolvimento de técnicas mais eficazes para a conduta de partos e atenção às mulheres grávidas, bem como com os recém-nascidos. (SOUZA; SANTOS, 2006).

A compreensão do papel do anestesiolegista e o seu reconhecimento no mundo atual tem sido um assunto subvalorizado, sendo considerada como uma especialidade em que o ator principal é o cirurgião e o anestesiolegista apenas tem uma função secundária (SIMINI, 2000, HARIHARAM, 2009; OLIVEIRA et al., 2011).

A Medicina Baseada em Evidências corresponde ao uso correto e consciente das melhores evidências atuais, na tomada de decisões relacionadas aos cuidados dos pacientes (SACKETT, 1996). Assim, por meio de rigorosa metodologia e análise estatística adequada, a Medicina Baseada em Evidências proporciona ao profissional de saúde maior confiabilidade no processo de entendimento e aplicação das informações obtidas das pesquisas científicas (STRAUS et al., 2005).

Logo, ao realizar o mapeamento das revisões sistemáticas do Grupo Anestesiologia da Colaboração Cochrane evidenciou que estas carecem de boas e consistentes evidências para a tomada de decisão na prática clínica e que, na sua maioria, há recomendação para a realização de novas pesquisas científicas em Anestesiologia, de melhor qualidade e maior rigor metodológico (SANTOS JUNIOR, 2014).





### Artigo

Essa escassez de evidências é creditada a diversos fatores, dentre os quais a baixa qualidade metodológica de grande parte dos estudos (HOPEWELL et al., 2010; SAVOVIC et al., 2012; DECHARTRES et al., 2013), financiamento dos estudos (LEXCHIN et al., 2003), pesquisas em centro único (RIVERS et al., 2001).

Observa-se cenário amplamente desfavorável das revisões sistemáticas no que diz respeito às evidências geradas para a prática clínica e a necessidade de mais estudos. As classificações A2 e B2 que apoiam e contraindicam a intervenção, respectivamente, ambas sem recomendação de novas pesquisas, são achados comuns a todos os estudos prévios (SANTOS JUNIOR, 2014)

No tocante à cirurgia, a pesquisa científica torna-se importante pela possibilidade de disponibilizar as melhores evidências para orientar o cuidado dos pacientes cirúrgicos (MEDEIROS, 2016). Ressalta-se que a pesquisa pode ser considerada a força que impulsiona àqueles que querem avançar na compreensão da doença no mundo cirúrgico (TOLEDO-PEREYRA, 2009).

Entretanto, verifica-se escassez de incentivos e fomento para a pesquisa nessa área, refletindo em menor quantidade de grupos de pesquisa na especialidade cirúrgica. Adicionalmente, contribui para o exposto, o fato de que a grande maioria dos cirurgiões brasileiros dedica-se exclusivamente à atividade assistencial (MEDEIROS, 2016).

Considerando que a realização de pesquisa na área de cirurgia tem sido um fator decisivo na melhoria de procedimentos e condutas cirúrgicas observadas ao longo do tempo, torna-se fundamental instigar os cirurgiões para associar atividade assistencial e de pesquisa, desde a residência médica até a batalha pela sobrevivência na vida profissional (MEDEIROS, 2016).

Com relação à oftalmologia, verificou-se quantidade mediana de grupos de pesquisa quando comparado às demais especialidades médicas. De acordo com editorial publicado na Revista Brasileira de Oftalmologia, o grande desafio na atualidade consiste no incentivo direcionado aos pós-graduandos para “alavancar” as publicações científicas na área oftalmológica (KARA-JUNIOR, 2012). Além disso, foi destacado que os hospitais universitários têm exigido dedicação excessiva dos residentes na área assistencial, ficando as atividades de pesquisa em segundo plano.

Dessa forma, destaca-se a necessidade de incentivar o médico oftalmologista, especialmente durante o período da residência médica, para que além do aprimoramento técnico, ocorra o engajamento em trabalhos científicos, ampliando assim, seus horizontes para uma visão mais abrangente da medicina (KARA-JUNIOR, 2012).



### Artigo

No tocante à cirurgia plástica, foi possível observar que a produtividade científica regular não tem sido comum entre os cirurgiões plásticos brasileiros (DENADAI; RAPOSO-AMARAL, 2014). Na verdade, o Brasil foi mal classificado (número de artigos e fator de impacto) em análises bibliométricas recentes sobre a Cirurgia Plástica mundial (ZHANG et al., 2013; RYMER; CHOA, 2015), embora a comunidade brasileira de Cirurgia Plástica esteja entre uma das maiores comunidades de Cirurgia Plástica em todo o mundo.

Além disso, houve também crescimento e aproximação com áreas de ciências básicas tais como biologia molecular, física, biofísica, histologia, genética, biologia tumoral, engenharia tecidual, etc. com muitas colaborações e trabalhos conjuntos sendo desenvolvidos. Assim, observou-se que as linhas de pesquisa eram genéricas e sem foco de pesquisa, alguns dos orientadores e muitas linhas de pesquisa passaram a não ter características estritamente de cirurgia plástica, e desenvolviam projetos com vertente de pesquisa básica e direcionamento para a aplicação clínica (SABINO-NETO; FERREIRA, 2015).

Com relação à produção científica na área da ortopedia, o Brasil apresenta lugar de destaque na publicação mundial, ocupa o 20º lugar entre os países que mais produzem artigos (GUIMARÃES, 2004) e o 12º na área médica (PETROIANU, 2011). Mesmo com grande crescimento na produção de artigos científicos, os periódicos brasileiros não acompanharam essa evolução e encontram-se muito aquém dos periódicos internacionais (KRZYZANOWSKI; FERREIRA, 1998).

Pinto e Andrade (1999) consideram outros fatores responsáveis por essa desvalorização, como a precariedade de títulos assinados pelas instituições ou preferência dos autores brasileiros por periódicos internacionais, mesmo que não tenham fator de impacto e estejam em revistas sem valor destacado.

Tal fato traz prejuízos ao país, visto que grande parte desses artigos é financiada por agências nacionais de incentivo à pesquisa (Capes, CNPq e FAPs), o que resulta apenas em benefícios para os periódicos estrangeiros e deixa os periódicos locais com o restante (PETROIANU, 2011; TEIXEIRA et al., 2012) além de dificultar o acesso dos pesquisadores e dos médicos às melhores pesquisas (SAMPAIO; SALVINI, 2011).

Assim, nota-se que houve uma preferência pela citação de referências internacionais nos periódicos brasileiros estudados, o que aponta a necessidade de conscientizar os pesquisadores para citar os artigos nacionais e melhorar, assim, a qualidade dos jornais científicos de ortopedia (TEIXEIRA et al., 2014).



### Artigo

A quantidade de recursos e publicações dedicadas especificamente à pediatria baseada na evidência tem vindo a ter um crescimento grande nos últimos anos (AZEVEDO; PEREIRA, 2007). Isto está associado aos investimentos das instituições de pesquisa e das agências de financiamento nacionais, por exemplo, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), responsáveis por investir em pesquisa e em programas de pós-graduação em todos os 27 estados brasileiros, além das agências estaduais e institucionais (ZORZETTO et al., 2006). Em estudo realizado por Oliveira et al. (2015), a maior parte dos grupos de pesquisa em pediatria cadastrados no CNPq entrou em atividade nos últimos cinco anos (46%), o que evidencia crescimento recente da produção científica nessa área.

A pesquisa na área da pediatria constitui uma base imprescindível para melhorar a qualidade de vida infantil e, em longo prazo, cooperar para a prevenção de diferentes doenças nos adultos e idosos (OLIVEIRA et al., 2015). O investimento na atenção básica a crianças e adolescentes contribui para modificar o perfil de adoecimento e mortalidade desta população. Sedo importante compreender como pacientes e seus familiares vivenciam o processo saúde-doença para implementar intervenções preventivas ao desenvolvimento de doenças e que promovam melhor qualidade de vida durante tratamentos (KOHLSDOR, 2013).

Apesar disso, a pediatria ainda encontra obstáculos significativos, por tratar de uma população vulnerável, em que todo o cuidado ético é necessário. A submissão das pesquisas ao Comitê de Ética em Pesquisa e seu monitoramento posterior são essenciais. Os pesquisadores e os comitês de ética têm o desafio de assegurar que os riscos dos estudos em crianças sejam minimizados. Há dificuldade no recrutamento de crianças para participação em estudos clínicos, devido à relutância dos pais e também à baixa prevalência de determinadas condições clínicas em cada faixa etária, dificultando a elaboração de pesquisas nessa área (OLIVEIRA et al., 2006).

Nas últimas décadas a dermatologia apresentou grande crescimento tanto quantitativo como qualitativo. O conhecimento dos mecanismos patogênicos das dermatoses foi muito ampliado, e foram incorporadas novas terapêuticas que têm beneficiado de maneira crescente os portadores de dermatoses (RIVITTI, 2006). Em estudo realizado por Marques, Miot e Abbade (2008) no qual foi feita uma análise dos artigos publicados nas seções de "investigação clínica, epidemiológica, laboratorial e terapêutica"; "caso clínico" e "comunicação" dos Anais Brasileiros de Dermatologia



### Artigo

entre 2003 e 2007. Observou-se um número de 116 artigos publicados no período de cinco anos.

Porém a produção científica qualitativa e quantitativa de dermatologistas brasileiros em periódicos de alto fator de impacto é pouco conhecido (MARTINS et al., 2012).

### CONCLUSÃO

A Neurologia é área que conta com maior número de grupos de pesquisa em medicina, correspondendo a 32 registros, em contrapartida, as especialidades médicas com menor número de grupos de pesquisa são Cirurgia Geral com quatro registros, seguida de Anestesiologia e Cirurgia Plástica que contam com sete registros.

Constatando-se a importância da pesquisa científica para tomada de decisões em saúde, torna-se primordial que os profissionais médicos se sintam encorajados para desenvolver investigações na área médica, de forma que a prática clínica possa ser alicerçada em boas evidências, contribuindo para melhoria na qualidade dos atendimentos prestados em serviços de saúde, impactando positivamente nos indicadores de morbimortalidade.

### REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L. F., PEREIRA, A. C. Pediatria Baseada na Evidência. **Revista do hospital de crianças Maria Pia**, v. XVI, n. 1, 2007.

BROFMAN, P. R. A importância das publicações científicas. **Cogitare Enferm.** v. 17, n. 3, p.419-421, 2012.

DECHARTRES, A. et al. Influence of trial sample size on treatment effect estimates: meta-epidemiological study. **BMJ**, v. 346, p. 2304, 2013.

DENADAI, R.; RAPOSO-AMARAL, C. E. Levels of evidence in plastic surgery: an analysis of resident involvement. **J Craniofac Surg.**, v. 25, n. 4, p. 1573-5, 2014.



**Artigo**

EL DIB, R. P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 6, n. 1, p.1-4, 2007.

EVORA, P. R. B.; MOREIRA, L. F. P. The representativeness of the Arquivos Brasileiros de Cardiologia for Brazilian Cardiology Science. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, p. 94-96, 2015.

GUIMARÃES, J. A. A pesquisa médica e biomédica no Brasil Comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p.303-27, 2004.

HOPEWELL, S. et al. The quality of reports of randomised trials in 2000 and 2006: comparative study of articles indexed in PubMed. **BMJ**, v. 340, p. 723, 2010.

KARA-JUNIOR, N. Editorial: A situação da pós-graduação strictu sensu no Brasil: instituição, docente e aluno. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 71, n. 1, 2012.

KRZYZANOWSKI R. F.; FERREIRA, M.C.G. Avaliação de periódicos científicos e técnicos brasileiros **Ci Inf.**, v. 27, n. 2, p. 165-75, 1998.

LEITE, A. J. Madeiro. Medicina baseada em evidências: um exemplo no campo da pediatria. **Jornal de Pediatria**, v. 75, n. 4, p.216-6, 1999.

LEXCHIN, J. et al. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. **BMJ**, v. 326, p. 1167-70, 2003.

LOPES, A. A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 3, p.285-8, 2000.

MARQUES, S. A.; MIOT, H. A.; ABBADE, L. P. F. Produção científica publicada nos Anais Brasileiros de Dermatologia (2003-2007). **An Bras Dermatol.**, v. 83, p. 555-60, 2008.



**Artigo**

MARTINS, M. D. C. A. et al. Scientific output of Brazilian dermatologists during the last 25 years in the five highest impact factor journals in dermatology. **An Bras Dermatol.**, v. 87, n. 5, p. 714-6, 2012.

MEDEIROS, A. C. Pesquisa em cirurgia. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 43, n. 6, p. 407-9, 2016.

OLIVEIRA, K. F. et al. What do patients know about the work of anesthesiologists? **Rev Bras Anesthesiol.**, v. 61, p. 720-7, 2011.

OLIVEIRA, P. H. A. et al. Brazilian pediatric research groups, lines of research, and main areas of activity. **J Pediatr (Rio J)**, v. 91, p. 299-305, 2015.

PETROIANU, A. Perversidade contra a publicação médica no Brasil. **Rev Col Bras Cir.**, v. 38, n. 5, p. 290-1, 2011.

PINTO, A. C.; ANDRADE, J. B. Fator de impacto de revistas científicas: qual o significado desse parâmetro? **Química Nova.**, v. 22, n. 3, p. 448-53, 1999.

QUEVEDO-SILVA, F. et al. Estudo bibliométrico: orientações sobre sua aplicação. **Revista Brasileira de Marketing**, v. 15, n. 2, 2016.

RIVERS, E. et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. **N Engl J Med.**, v. 345, p. 1368-77, 2001.

RIVITTI, E. A. Reflexões sobre a dermatologia atual no Brasil. **An Bras Dermatol.**, v. 81, n. 6, p. 505-7, 2006.

RYMER, B. C.; CHOA, R. M. A worldwide bibliometric analysis of published literature in plastic and reconstructive surgery. **J Plast Reconstr Aesthet Surg** ., v. 68, n. 9, p. 1304-8, 2015.

SABINO-NETO, M.; FERREIRA, L. M. How to achieve and maintain note 6: postgraduate program in translational surgery - UNIFESP. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 42, n. 1, p.78-80, 2015.





**Artigo**

SALES, G. H. et al. Avaliação da Produção Científica em Áreas da Medicina: um Estudo Comparativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p.290-298, 2017.

SAMPAIO, R.F.; SALVINI, T.F. Desafios para o avanço da pesquisa em fisioterapia e terapia ocupacional **Rev Bras Fisioter.**, v. 15, n. 5, p. p. 4-5, 2011.

SANTOS JUNIOR, R. S. **Mapeamento das evidências das revisões sistemáticas do Grupo Anestesiologia da Colaboração Cochrane: entendendo seu valor para a prática clínica.** 2014. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Anestesiologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp-univ Estadual Paulista, Botucatu - SP, 2014.

SAVOVIC, J. et al. Influence of reported study design characteristics on intervention effect estimates from randomized, controlled trials. **Ann Intern Med.**, v. 157, p. 429-38, 2012.

SIMINI, B. Anaesthetist: the wrong name for the right doctor. **Lancet**, v. 355, p. 1892, 2000.

SOUZA, K. V.; SANTOS, R. S. Avanços e perspectivas da atenção obstétrica no Brasil: reflexões a partir do "olhar" da ABENFO/PR. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, v. 2, n. 6, p.17-24, 2006.

SOUZA, M. J. et al. Interesse de Estudantes de medicina na Produção Científica em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p.512-8, 2014.

STRAUS, S. E. et al. Teaching evidencebased medicine skills can change practice in a community hospital. **J Gen Intern Med.**, v. 20, p. 340-3, 2005.

TEIXEIRA, R. K. C. et al. **Citação de artigos nacionais: a (des)valorização dos periódicos brasileiros** **Rev Col Bras Cir.**, v. 39, n. 5, p. 421-4, 2012.

\_\_\_\_\_ et al. Domínio de citações estrangeiras nos periódicos brasileiros de ortopedia. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 49, n. 6, p. 668-70, 2014.





**Artigo**

TOLEDO-PEREYRA, L. H. Importance of medical and surgical research. **J Invest Surg.**, v. 22, n. 5, p. 325-6, 2009.

ZHANG, W. J. et al. National representation in the plastic and reconstructive surgery literature: a bibliometric analysis of highly cited journals. **Ann Plast Surg.**, v. 70, n. 2, p. 231-4, 2013.

ZOPI, F. C. et al. Expectativas e conhecimentos sobre a assistência ao parto e os direitos das parturientes. CONGRESSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 6., 2011, Águas de Lindólia. Anais... São Paulo: PROEX; UNESP, 2011, p. 917.

ZORZETTO, R. D. et al. The scientific production in health and biological sciences of the top 20 Brazilian universities. **Braz J Med Biol.** v. 39, p. 1513-20, 2006.



**Artigo**

**HISTÓRICO PESSOAL DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS: UMA PESQUISA DOCUMENTAL**

Bruna Simone Fernandes de Oliveira<sup>1</sup>  
Tatiana Cristina Vasconcelos<sup>2</sup>  
Mayara Cristina de Araújo Dantas<sup>3</sup>  
Daniela Ribeiro Barros<sup>4</sup>

**RESUMO** - A gravidez na adolescência sempre foi e é motivo de grandes questionamentos e dúvidas, tanto para classe acadêmica quanto para a sociedade em geral. Compreender quais os motivos, implicações e sentimentos envolvidos nesta fase da vida exigem estudos mais elaborados e focados. Ver a adolescência como uma fase transitória é habitual em estudos, no entanto também habitual ver a adolescência de forma simplista e negativa. Dada esta situação, este estudo define e discorre acerca da adolescência à luz da perspectiva sócio-histórica e apresentou como objetivo descrever as principais características sócio-demográficas das adolescentes grávidas, seus hábitos e antecedentes de saúde a partir de análises dos Prontuários da Unidade Básica de Saúde. Com a realização da pesquisa que contou com análise de 27 prontuários foi possível identificar alguns fatores e dados que se estendem na maioria destes prontuários, que dizem respeito às características e hábitos destas adolescentes. Trazendo à tona o papel do psicólogo na prevenção e promoção da saúde e a respeito

---

<sup>1</sup>Graduada em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: alexandrefernandes2014@gmail.com

<sup>2</sup>Graduada e Mestre em Psicologia (UFPB) Doutora em Educação (UERJ). Docente do Curso de Pedagogia da Universidade Estadual da Paraíba e do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: vasconcelostc@yahoo.com.br

<sup>3</sup>Graduada em Psicologia (UEPB). Especialista em Regime de Residência Multidisciplinar (UFPB- HUWL). Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: mayaradantas.psi@gmail.com

<sup>4</sup>Mestre em Psicologia (UFPP). Especialista em Psicologia Escolar (CINTEP). Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Psicóloga escolar da Prefeitura Municipal de João Pessoa. E-mail: [daniela\\_ribeiro\\_barros@hotmail.com](mailto:daniela_ribeiro_barros@hotmail.com)



### Artigo

deste tema em específico, cabe ainda salientar a necessidade de que mais pesquisas possam ser realizadas a fim de compreender cada vez mais este universo adolescente.

**Palavras-chave:** Gravidez; Adolescência; Psicologia.

**ABSTRACT** - Pregnancy in adolescence has always been and is the subject of great questions and doubts, both for the academic class and for society in general. Understanding what the motives, implications and feelings involved in this phase of life require more elaborate and focused studies. Seeing adolescence as a transitory phase is usual in studies, however it is also usual to see adolescence in a simplistic and negative way. Given this situation, this study defines and discusses adolescence in the light of socio-historical perspective and has as objective to describe the main socio-demographic characteristics of pregnant adolescents, their habits and health history, based on analyzes of the Records of the Basic Unit of Saúde. With the accomplishment of the research that counted on analysis of 27 medical records, it was possible to identify some factors and data that extend in the majority of these medical records, which refer to the characteristics and habits of these adolescents. Bringing the psychologist's role in the prevention and promotion of health and in relation to this specific theme, it is necessary to point out the need for more research to be carried out in order to understand more and more this adolescent universe.

**Keywords:** Pregnancy; Adolescence; Psychology.

## INTRODUÇÃO

A adolescência tem sido definida, vista e entendida nas áreas de estudos bem como na psicologia apenas como uma transição ou como um evento que surge advindo da natureza e destinada a todos os indivíduos de forma igual, assim ela é naturalizada e conseqüentemente também simplificada. Sendo vista desta forma, apenas como uma ponte entre a infância e a vida adulta recebe pouquíssima atenção, principalmente no que diz respeito aos seus aspectos positivos, já que na maioria das vezes analisam-se apenas os conflitos e pontos negativos presentes na mesma (BOCK, 2004).



### Artigo

Porém, este estudo tem como base teórica a perspectiva sócio-histórica e traz em si a ideia de adolescência não apenas como um evento natural, biológico e simplório, mas como um evento que além destas facetas apresenta características sociais e históricas. Desta forma é possível definir a adolescência como um período proveniente de uma construção histórica, onde a subjetividade é transformada ou adaptada a partir do convívio, das relações e da cultura presentes no espaço existente (OZELLA, 2003).

Diante dos acontecimentos presentes na adolescência, é possível citar a gravidez como sendo um dos mais presentes na sociedade atual. Dados estatísticos mostram que apesar do número de gravidez na adolescência ter reduzido em 17% nos últimos anos, mas ainda é um dado preocupante já que em cada mil adolescentes, setenta estariam grávidas (IBGE, 2013). Por isso este ainda é um caso agravante e que requer bastante atenção. A gravidez na adolescência tem sido considerada uma questão de saúde pública por diversos setores da sociedade e transformada em objeto de discursos e de ações. Sendo colocada como problema social, muitos são os esforços por determinar os motivos, situações e contextos, sejam eles em qualquer aspecto da vida do indivíduo que podem afetar e tornar o adolescente vulnerável a uma gestação nessa faixa etária (ARAUJO, et al., 2015).

Uma gravidez inesperada neste momento da vida pode trazer sérias e contínuas conseqüências, sejam elas positivas ou negativas. Mulheres que iniciam a maternidade na adolescência tendem a ter um número maior de filhos durante toda a sua vida reprodutiva. Na adolescência a gravidez, por vezes, é considerada de alto risco, porque pode propiciar o aparecimento de uma série de complicações para mãe e para o feto, pelas alterações biológicas, psicológicas, sociais e culturais que podem advir (TEIXEIRA; DIAS, 2004).

Além disto, a gravidez na adolescência é um dos maiores motivos de evasão escolar, bem como de trabalho infantil e abandono do lar. Considerando o desenvolvimento tecnológico que hoje presenciamos no campo da informação e os avanços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, disponibilizar informações e meios relacionados aos métodos anticoncepcionais existentes é uma das melhores formas de adesão a um programa de prevenção. A educação sexual, não tem poder de transformar todas as atitudes do comportamento dos jovens, mas um conjunto de aspectos, como o cultural, econômico, político, social, histórico, podem sim transformar a sociedade, onde a criança e os jovens sejam vistos como cidadãos é uma questão de visão



### Artigo

holística da situação (BERLOFI; ALKMIN; BARBIERI; GUAZZELLI; ARAÚJO, 2006).

Por outro lado, observa-se no cenário atual, quer nos meios educacionais, sociais ou da saúde que os movimentos e trabalhos voltados a este cenário de adolescência e mesmo da gravidez na adolescência são mínimos. Geralmente estas esferas dedicam-se a outros públicos e então as dúvidas, receios e medos continuam presentes na vida e no desenvolvimento do adolescente (CEDARO; BOAS; MARTINS, 2012).

Neste sentido é possível também observar o papel da psicologia para o desenvolvimento de maiores estratégias e ações voltadas a educar, conscientizar e motivar os adolescentes que se encontram em tal situação, apostando em reverter idéias fixas e errôneas, bem como em conscientizar os indivíduos mostrando de forma clara cada aspecto envolvido na adolescência e nas atribuições de responsabilidades nesta etapa da vida (MAIA; EIDT; TERRA; MAIA, 2012).

Diante da relevância do tema, considerando a problemática do seu não planejamento e a repercussão na formação física, emocional e social dos jovens, torna-se importante realizar mais estudos, a fim de compreender quais os motivos, causas e conseqüências reais de uma gravidez na adolescência. Assim, esta pesquisa tem por objetivo descrever as principais características sócio-demográficas das adolescentes grávidas, seus hábitos e antecedentes de saúde a partir de análises dos Prontuários da Unidade Básica de Saúde.

### Adolescência

A adolescência é um período da vida em que muitas mudanças ocorrem e neste período os jovens passam por importantes transições e etapas em seu desenvolvimento. Ao mesmo tempo em que se sentem prontos para desvendar o mundo também são impactados com grandes transformações sejam elas físicas, emocionais, culturais, entre outras (HEIDMANN, 2006). Hall descreveu a adolescência como “um segundo nascimento” que acarreta um misto de emoções, sentimentos, dúvidas, certezas e incertezas, no entanto, este autor ao explicar todas essas nuances da adolescência desconsidera a importância e influência do meio para o desdobramento da mesma (MARTINS; TRINDADE; ALMEIDA, 2003). Desta forma, sua teoria apesar de muito



### Artigo

relevante abre brechas para teorias posteriores que trariam a ideia e importância do meio ambiente para o desenvolvimento da adolescência.

Vista como uma fase de transição naturalizada e como regra geral para todos os indivíduos, os pressupostos traziam a ideia de que a adolescência seria apenas uma construção biológica e inata, ou seja, que independe de se estar preparado, de estar desenvolvido ou não, a partir de determinada idade o sujeito seria automaticamente transportado para a adolescência e conseqüentemente para a vida adulta, sem importar os meios e mecanismos envolvidos neste processo (CONTINI; KOLLER; BARROS, 2002).

De acordo com Tomio (2006) já que para todos os autores e estudiosos a adolescência era configurada apenas com uma transição naturalística, Erikson (1968) oferece em sua teoria uma forma diferente de compreender a adolescência, abordando a configuração da mesma a partir de três dimensões: biológica, individual e social, Erikson traz em sua abordagem uma ideia que até então os autores não enfatizavam: a relação entre estas três dimensões e a valorização da dimensão social, mas mesmo com este avanço esta corrente teórica ainda estava dando seus primeiros passos.

Ainda de acordo com a teoria de Erikson em cada fase proposta cronologicamente o indivíduo passa por algumas exigências internas e externas que precisam ser ultrapassadas positivamente para que o desenvolvimento possa ocorrer completamente. Enquanto essa fase ou crise se instala interiormente, é do mundo externo que devem vir às motivações e reforçamentos, para que dessa maneira o adolescente sintam-se confiante o suficiente para ultrapassar tais momentos (SENNA; DESSEN, 2012).

Em 1920 a psicologia sócio-histórica de Vygotsky vai assumindo novos papéis e demonstrando através dos seus estudos sobre o psiquismo humano uma nova maneira de compreender o ser humano, sua essência e seu desenvolvimento. Assim, nesta perspectiva da psicologia sócio-histórica a adolescência passa a ser compreendida de forma abrangente e fluída, que envolve a biologia, mas que não se limita à mesma, que tem fundamentos históricos e culturais e que por assim ser, também é transformada a partir destes (TOMIO; FACCI, 2009).

Para Contini, Koller e Barros (2002) a partir desta perspectiva a adolescência é criada e interpretada pelo homem e se trata de uma representação, a partir da cultura em que o indivíduo encontra-se inserido, a partir do momento histórico e de sua posição social surgem os conceitos que definirão esta etapa da vida. Assim, pode-se considerar





### Artigo

impossível ou até mesmo impróprio definir uma única adolescência ou um modelo similar para todas as pessoas, visto que não é atribuição dos mecanismos fisiológicos ou biológicos definir quem vive a adolescência e de qual maneira se vive, os aspectos subjetivos é que determinarão esse fator e esses aspectos serão incorporados através das relações e trocas com o meio social.

Para Leontiev (1978) não é a idade que determina quem o indivíduo é ou quem ele se tornará, o que determina seu lugar no desenvolvimento e no mundo é o fato deste sentir-se e pensar-se como tal, compreenderem-se como participantes e atuantes daquela cultura, assumindo sua responsabilidade e ideal, assim as passagens de cada fase da vida se caracterizarão a partir da dicotomia entre interno e externo e transformarão o indivíduo à medida que são transformadas por ele. Neste contexto, é importante salientar que como afirmam Martins, Trindade e Almeida (2003), a adolescência sugere várias idealizações e interpretações. O mundo espera que a criança assuma um papel mais elevado, no entanto esquece que para isto essa criança necessita de relações positivas e coerentes que lhe proporcionem amadurecimento e transformação.

Para a sociedade como um todo adolescência é um período conturbado e cheio de conflitos. Quando se fala em adolescentes, muitas vezes há grande temor e ideiação de rebeldia e problemas para as famílias e toda a sociedade (CÁRDENAS, 2000). Porém, para os próprios adolescentes a adolescência tem uma representação diferente. Para eles é importante sentir-se acolhido e amado, ter apoio e incentivo e mesmo em meio às dificuldades é necessário saber que tem com quem contar. Para os adolescentes, todas as mudanças que se sucedem poderão ser melhor enfrentadas se em vez de culpabilizados eles possam ser motivados (MARTINS et al., 2003).

### **Gravidez na Adolescência: Fatores de Risco e Implicações**

Segundo Oliveira, Gomes, Pontes e Salgado (2009) a adolescência também marca o desenvolvimento sexual de forma acentuada, sendo um período em que variadas mudanças hormonais são desencadeadas e que muitas vezes o indivíduo por vezes não está pronto para lidar com estas mudanças. O comportamento sexual entre adolescentes já vem sendo estudado há muitos anos, no entanto com o desenvolvimento social, tecnológico e cultural remetidos a este século este comportamento começa a assumir novos significados e interpretações, cabendo assim maiores estudos e pesquisas.





### Artigo

Diante das mudanças hormonais que já se considera como fator importante para o surgimento e desenvolvimento de uma vida sexual ativa, ainda mais para uma gravidez precoce, é possível citar também questões de cunho político, social, cultural, educacional, econômico, fatores objetivos e subjetivos, entre outros. No que diz respeito à família, é possível perceber sua total influência desde hábitos, comportamentos e valores que são passados de geração em geração. A questão política e econômica se relacionam intimamente a partir do desajuste vivenciado por alguns indivíduos com menos condições de moradia, estudo e auto-cuidado, dever não só familiar, mas também do estado (DUARTE, 2011).

Para Traverso-Yépez e Pinheiro (2001) o modelo de saúde que se utiliza hoje em dia apesar de ser dito como integral na sua teoria e planejamento na prática ainda é voltado e centralizado na perspectiva doença e cura em si. Levando em consideração este modelo atuante para a faixa denominada como adolescente é possível perceber suas lacunas e desvios, já que focado em atuar na doença e na cura de doenças orgânicas o aspecto social e subjetivo tem sido deixado de lado, permanecendo os adolescentes sem instrução e motivação para melhorias.

Independente de quais os fatores desencadeantes para uma gravidez na adolescência, é sabido que tal acontecimento acarreta grandes implicações na vida de todos os indivíduos envolvidos, por este motivo tal tema passou a ser considerado em algumas situações, um problema de saúde pública (LOPES, 2014). No aspecto biológico, os problemas estão associados ao crescimento e desenvolvimento tanto da criança como da própria mãe adolescente, aumentam as chances de doenças oportunas como hipertensão, anemia, problemas urinários entre outros e maior chance de exposição a doenças sexualmente transmissíveis (PONTES; SOUSA; OLIVEIRA; PEDREIRA; COSTA, 2012).

Para Taborda, Silva, Ulbricht e Neves (2014) as conseqüências sociais de uma gravidez na adolescência se apresentam relacionadas à evasão escolar, aumento progressivo do trabalho infantil, conflitos e abandono familiar entre outros. Porém, entre todas as conseqüências provenientes de uma gravidez inesperada, as conseqüências psicológicas são as que mais interessam a este estudo, bem como, são as que mais transformam e geram efeitos nos envolvidos.

Como acrescenta Carvalho, Merighi e Jesus (2009), além de todas as alterações psicológicas causadas pela própria adolescência, ao engravidar e posteriormente ao dar a luz a um filho, a adolescente se depara com variadas atitudes externas, como



### Artigo

preconceito vindo da família, da escola e dos amigos, com o desrespeito do próprio pai da criança, de outros homens e pessoas conhecidas, o abandono da família e acima de tudo, ela se depara com a ideia persistente de que precisa assumir responsabilidades e terá deveres a cumprir, mas não tem nenhuma ideia de como isso ocorrerá. No entanto, é relevante destacar que apesar dessas implicações citadas anteriormente que são vistas como implicações negativas, é importante considerar quais as implicações positivas que uma gravidez na adolescência pode trazer para o indivíduo.

O significado de uma gravidez neste período da vida varia muito entre os contextos sociais em que estão inseridos. Para algumas jovens, a gravidez pode ser motivo para regalias ou direitos dentro da própria casa, visto que por encontrar-se em situação delicada a mesma poderá ter mais chances de alimentar-se melhor e trabalhar menos, por exemplo (ROCHA; MINERVINO, 2008). Por outro lado, a gravidez pode ser uma garantia para continuar ao lado do pai da criança, receber amor, carinho e atenção. Também pode garantir a construção de uma família diferente e melhor do que a de origem e tornar real o anseio de algumas jovens de serem mães. Para algumas delas, só é possível se firmar e assumir realmente o papel de mulher após engravidar, este ponto varia de cultura para cultura (SANTOS, 2010).

Diante destas explicações é possível perceber que há variantes em todos os aspectos da gravidez na adolescência, todas estas elas vão se desdobrar de acordo com as interpretações sociais e culturais em que o indivíduo se insere. É importante salientar a necessidade de aprofundar estudos voltados para esta temática para que se possam compreender os fatores, implicações e desafios decorrentes de uma gravidez na adolescência em variados ambientes e populações. Sabendo-se que a gravidez na adolescência é um processo multifatorial, cabe ao pesquisador procurar compreender especificamente e agir de forma a auxiliar no cuidado e proteção dos indivíduos envolvidos.

### MÉTODO

Este é um estudo do tipo documental e realizou-se em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ouro Velho – PB. De acordo com Cellard (2008) a pesquisa documental é aquela que tem por objetivo responder determinadas perguntas através de documentos e materiais previamente determinados. Complementando esta ideia, Helder



### Artigo

(2006) afirma que se todos os pesquisadores soubessem a real validade da pesquisa documental, optariam mais pelo uso da mesma, já que os documentos são originais e que não passaram em hipótese nenhuma por condições de adaptação, seja social ou subjetiva, os documentos são livres de interpretações.

Foram analisados neste estudo os prontuários de adolescentes grávidas entre os anos de dois mil e sete (2007) a dois mil e dezessete (2017). Segundo Brasil (2008) o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determina que sejam considerados adolescentes aqueles indivíduos que se encontram entre a idade de doze a dezoito anos de idade. Sendo assim, foram estes os prontuários correspondentes a estas idades que serão analisados. Foram excluídos deste estudo os prontuários que não correspondiam a esta data específica.

Inicialmente foi realizada uma visita à Unidade Básica de Saúde da Família Mabel Dantas tendo em vista entregar a carta de apresentação. O segundo momento se caracterizou com a própria análise dos prontuários das adolescentes grávidas. A análise dos dados se configurou como quantitativa, pois à medida que foram encontrados foram descritos como percentual.

A realização do presente trabalho não acarretou nenhum tipo de risco, tendo em vista que a pesquisa foi realizada apenas através dos prontuários, e que se utilizou de total sigilo e vigilância em relação aos dados de cada prontuário. É importante destacar que o presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética, pois não se trata de um procedimento que acarreta contato direto com os seus participantes, no caso com os seres humanos, no entanto confirma-se o total e criterioso sigilo em relação aos dados encontrados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente buscou-se através dos prontuários realizar o delineamento dos dados sócio-demográficos. Ver tabela 1.

Tabela 1: Dados Sócio-demográficos das adolescentes grávidas

Variável	Frequência (N)	(%)
----------	----------------	-----

**Idade**



**Artigo**

18 anos	09	33,3%
17 anos	07	25,9%
16 anos	06	22,2%
15 anos	03	11,1%
14 anos	01	3,7%
13 anos	01	3,7%

**Escolaridade**

Ensino Médio Incompleto	06	22,2%
Ensino Médio Completo	06	22,2%
9º ano	04	14,8%
8º ano	03	11,1%
7º ano	02	7,4%
6º ano	02	7,4%
5º ano	02	7,4%
Não declarou	02	7,4%

**Estado Civil**

União Estável	13	48,1%
Solteira	12	44,4%
Casada	01	3,7%
Não declarou	01	3,7%

**Número de Consultas**

1ª Consulta	25	92,5%
2ª Consulta	01	3,7%
5ª Consulta	01	3,7%

**Número de Gestações**

1ª gestação	25	92,5%
2ª gestação	01	3,7%
5ª gestação	01	3,7%

**Ocupação**



### Artigo

Agricultora	13	48,1%
Estudante	10	37,0%
Do lar	03	11,1%
Auxilio doença	01	3,7%

---

Através desta análise foi possível identificar apenas 27 gestantes que se encaixavam nas especificidades propostas para o estudo. Em relação à idade identificou-se que dentre as 27 gestantes, 09 (33,3%) apresentam 18 anos de idade, 07 (25,9%) apresentam 17 anos de idade, 06 (22,2%) apresentam idade igual a 16 anos, 03 (11,1%) adolescentes apresentam idade igual a 15 anos, 01 (3,7%) adolescente apresenta 14 anos de idade e 01 (3,7%) apresenta 13 anos de idade. Em relação à escolaridade destas adolescentes foi possível identificar que entre as 27 gestantes, 06 (22,2%) concluíram o segundo grau, 06 (22,2%) interromperam os estudos no segundo grau, 04 (14,8%) cursaram até o 9º ano do Ensino Fundamental, 03 (11,1%) adolescentes interromperam os estudos enquanto estavam no 8º do Ensino Fundamental, 02 (7,4%) adolescentes interromperam no 7º ano, 02 (7,4%) no 6º ano e 02 (7,4%) no 5º ano do Ensino Fundamental, apenas 02 (7,4%) adolescentes não declararam sua escolaridade.

No que diz respeito ao estado civil das 27 adolescentes pesquisadas, 13 (48,1%) declaram-se em união estável, 12 (44,4%) declaram-se solteiras, 01 (3,7%) declarou-se casada e 01 (3,7%) não declarou seu estado civil. Sobre a quantidade de consultas realizadas durante a gravidez, entre as 27 gestantes, 25 (92,5%) informaram se tratar da primeira consulta, 01 (3,7%) informou ser a segunda consulta e 01 (3,7%) informou ser aquela a quinta consulta. Sobre a quantidade de gestações 25 (92,5%) gestantes afirmaram se tratar da primeira, 01 (3,7%) informou se tratar da sua segunda e 01 (3,7%) informou se tratar da sua quinta gestação.

Em relação à ocupação de cada adolescente gestante, 13 (48,1%) declaram-se agricultoras, 10 (37,0%) declaram-se estudantes, 03 (11,1%) consideram-se do lar (Donas de casa) e apenas 01 (3,7%) informou receber auxílio doença.

No que se refere aos hábitos relacionados à saúde destas adolescentes, foi possível realizar uma breve análise, descrita na tabela 2.



**Artigo**

Tabela 2: Hábitos de saúde das adolescentes grávidas

Variável	Frequência (N)	(%)
<b>Fumo</b>		
Não	26	96,3%
Sim	01	3,7%
<b>Álcool</b>		
Não	23	85,1%
Sim	04	14,8%
<b>Antecedentes clínicos</b>		
Não declarou	26	96,3%
Nenhum	01	3,7%
<b>Antecedentes na gestação atual</b>		
Não declarou	21	77,7%
Alto Risco	05	18,5%
Infecção urinária	01	3,7%
<b>Vacinação antitetânica</b>		
Não Declarou	25	92,5%
Incompleto	01	3,7%
Imune	01	3,7%

Da população geral de 27 gestantes, 23 (85,1%) declararam não fazer uso de álcool durante a gravidez, enquanto 04 (14,8%) afirmaram fazer uso do álcool esporadicamente. Já em relação ao fumo, 26 (96,3%) se declaram não fumantes e apenas 01 (3,7%) declarou-se fumante. Sobre os antecedentes clínicos, 26 (96,3%) não os declararam e apenas 01 (3,7%) declarou não haver nenhum antecedente clínico.



### Artigo

Sobre os antecedentes na gestação atual, 21 (77,7%) das gestantes não declararam, 05 (18,5%) declaram apresentar alto risco e 01 (3,7%) declarou apresentar infecção urinária. Sobre a vacinação antitetânica 25 (92,5%) meninas não declaram nenhuma informação, apenas 01 (3,7%) declarou está imune e 01(3,7%) declarou está incompleta.

Também se fez importante observar os antecedentes familiares destas adolescentes, tendo em vista que muitos hábitos se desdobram e perpassam as gerações, estes dados estão descritos na tabela 3.

Tabela 3: Antecedentes de saúde familiar e pessoais das adolescentes grávidas

Variável	Frequência (N)	(%)
<b>Antecedentes Familiares</b>		
Nenhum	15	55,5%
Hipertensão	10	37%
Diabetes	03	11,1%
Gemelar	01	3,7%
<b>Antecedentes Pessoais</b>		
Nenhum	23	85,1%
Rinite	01	3,7%
Gastrite	01	3,7%
Hidrocefalia	01	3,7%
Aborto Gemelar	01	3,7%

Sobre os antecedentes de saúde dos familiares, 15 (55,5%) declararam não haver nenhum quadro de patologias, 10 (37%) declararam quadros de hipertensão, 03 (11,1%) declararam quadros de diabetes e 01 (3,7%) declarou a existência de uma gravidez gemelar. Já no que diz respeito aos antecedentes de saúde pessoais 23 (85,1%) meninas não declaram nenhuma informação, 01 (3,7%) declarou apresentar Rinite, 01 (3,7%) declarou Gastrite, 01 (3,7%) Hidrocefalia e 01(3,7%) declarou haver passado por um aborto gemelar,

De acordo com estudos realizados em variadas camadas sociais e em diferentes regiões do país, tornou-se possível compreender e analisar as condições sociais e





### Artigo

demográficas das adolescentes que se encontravam grávidas no período de tempo estudado, se estendendo até os dias atuais.

Uma pesquisa realizada por Silva, Silva e Menegom (2017) no estado do Maranhão indica que os fatores de risco para uma gravidez na adolescência estão embasados em baixa escolaridade, história materna de gravidez na adolescência entre outros, no entanto, ainda de acordo com estes autores a baixa escolaridade apresenta-se como um dos principais fatores, de grande relevância à medida que é através da escola que poderiam ser dados os incentivos a educação sexual necessárias.

Segundo Sá (2016) a baixa escolaridade se caracteriza por meninas que estudaram no máximo até a oitava série do ensino fundamental, na maioria das vezes quando perguntados os motivos as respostas variam entre a falta de interesse pela escola e questões como trabalhar ou cuidar da família assumindo a prioridade nas vidas destas adolescentes. Por outro lado, um fator de maior importância para o aumento do índice de gravidez na adolescência é a miserabilidade, para Ferreira e Ribeiro (2010) oito entre dez adolescentes grávidas recebem menos de um salário mínimo, pagam aluguel de imóveis e ainda dividem a casa e a renda com no mínimo mais três pessoas, encontrando-se assim em desvantagem econômica que geram maiores desigualdades e menores oportunidades. Os níveis econômicos abaixo do necessário, além de acarretar a gravidez precoce acabam gerando a permanência na miséria, já que com a gravidez torna-se mais difícil encontrar emprego e se manter no mesmo.

Estes mesmos autores também trazem à tona mais uma vez os dados acerca da baixa escolaridade como fator para a gravidez na adolescência, já que para muitas adolescentes sem determinado grau de instrução torna-se difícil a compreensão dos métodos contraceptivos e as maneiras mais eficazes de proteger-se da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. Assim, é notável que as condições mais favoráveis para a incidência de gravidez na adolescência estão diretamente ligadas a fatores como a pobreza, que se estendem por todas as áreas da vida destas adolescentes.

Em relação ao trabalho remunerado, durante a gravidez e após o nascimento da criança é praticamente inexistente, pois, como já é sabido, a responsabilidade aumenta, e nem sempre as adolescentes podem contar com alguém, quer seja a família ou o companheiro para arcar com estas responsabilidades, da mesma maneira a volta para escola torna-se de difícil acesso, tendo em vista que mesmo antes da gravidez a vida educacional não era uma prioridade.



### Artigo

Corroborando com os dados encontrados nesta pesquisa Trajano, Quirino e Gonçalves (2012) acrescentam que a responsabilidade atribuída às adolescentes depois da gravidez e mesmo antes do parto acaba as restringindo de vivenciar as oportunidades propostas nesta faixa etária. Assim, os projetos relacionados à educação são deixados de lado ou/e adiados para um possível momento mais propenso (TABORDA; SILVA; ULBRICHT; NEVES, 2014). Ainda nesta pesquisa encontrou-se um dado significativo que se bem observado complementa o que afirma Porto (2016) o fato de que quanto mais precoce for à primeira gestação maior o número de futuras gestações, desenvolvendo assim um ciclo contínuo e prolongado.

Além do exposto, para Barbosa, Casotti e Nery (2016) os comportamentos de saúde que podem prejudicar a vida do adolescente acarretando-lhes problemas são relacionados ao tabagismo, alcoolismo e uso de outras drogas, bem como questões alimentares e relacionadas à falta de exercícios físicos, como obesidade. Além deste, outro comportamento relacionado à saúde do adolescente e que tem levantado muitas discussões diz respeito à saúde sexual que além de acarretar riscos de doenças sexualmente transmissíveis podem levar também a uma gravidez indesejada.

Apesar de reconhecer que os cuidados com a saúde de forma geral devem ser levados a sério, boa parte dos adolescentes e jovens acabam esquecendo-se destes cuidados no dia-a-dia e praticando atos que em sua maioria tem gerado problemas. Foi percebido durante alguns estudos que geralmente quando se inicia um comportamento prejudicial, este comportamento torna-se porta de entrada para outros, tornando-se ainda mais difícil controlá-los. No que concerne aos comportamentos sexuais é possível afirmar que foram estes os que ganharam maiores destaques, devido ao caráter de suas consequências que são duradouras e persistentes (GONÇALVES et al., 2015).

No Brasil, pesquisas esclarecem que os adolescentes iniciam sua vida sexual entre os 10 e 14 anos, e que na maior parte das vezes ainda não tem nenhum conhecimento acerca de métodos contraceptivos e os demais meios de proteção. Esta iniciação sexual se dá por inúmeros fatores, como conflitos familiares, pressão social, baixo autoestima, entre outros e acabam gerando ainda mais conflitos internos e externos (SOARES et al. 2015).

Nesta mesma pesquisa, realizada em escolas públicas do Rio de Janeiro Soares et al (2015) acrescenta que os adolescentes afirmaram terem iniciado suas vidas sexuais com uma faixa etária de aproximadamente 12 anos e detalham atividades sexuais de



### Artigo

maiores riscos, como por exemplo, relações sexuais com profissionais do sexo, sexo em troca de dinheiro, sexo em troca de drogas e nos mais variados tipos de relação.

Embora algumas pesquisas revelem que os adolescentes recebam informações acerca dos perigos e dos comportamentos necessários ante a iniciação sexual, é possível observar que estas informações têm permanecido apenas no nível intelectual sem tomar forma real. No entanto, também é percebido que na maioria das vezes estas informações são passadas na escola e de forma superficial, deixando os adolescentes com dúvidas e sem abertura para saná-las, o que também contribui para que as atitudes sexuais sejam tomadas de forma imprecisa. Ao variar o número de parceiros sexuais e a intensidade das relações os adolescentes acabam enveredando nestes espaços de perigo à saúde e se permitindo atos impensados de irresponsabilidade (SILVA; JACOB; HIRDES, 2015).

Ademais, cabe destacar que a prevenção e intervenção relacionada à sexualidade exigem muito planejamento e ações voltadas ao público alvo (BEZERRA, 2016). No entanto, não apenas isto, a autora acrescenta que é necessário realizar trabalhos com toda a população, seja de adolescentes ou não, para que as medidas necessárias sejam tomadas por todas as partes. Para o trabalho de prevenção sexual é indispensável que sejam formadas equipes multidisciplinares onde estejam inseridos profissionais da saúde e também da educação, tendo em vista que é através da escola que são formadas as maiores intervenções.

Dentro dos Parâmetros Curriculares Nacionais, a orientação sexual deve ser passada dentro das escolas, não necessariamente em forma de disciplina exclusiva, mas o tema deve estar em evidência neste âmbito, devem ser tomadas iniciativas e atividades que fomentem discussões e que desmistifique, esclareça e sane qualquer dúvida existente tanto referente ao ato propriamente dito, como nos métodos contraceptivos e métodos de segurança entre outros (PCN, 1997).

Assim, a informação acerca da iniciação na vida sexual bem como na sua manutenção podem ser disponibilizadas em lugares variados, no entanto, é dentro da escola que esta discussão deve obter maior significado, desta forma os profissionais da educação formando parecerias com os profissionais de saúde e com as famílias poderão abordar de forma correta e eficiente este tema que ainda requer dedicação (MOURA; PACHECO; DIETRICH; ZANELLA, 2011).

Para Melo (2016) não apenas informações biológicas devem ser passadas, mas é importante criar um vínculo e uma relação social com estes adolescentes que se sentirão mais confiantes e mais livres para questionamentos e esclarecimentos. É importante



### Artigo

compreender a educação sexual como um fator psicossocial, que requer mais que conhecimentos de anatomia ou conhecimentos médicos, requer também sensibilidade e interação verdadeira.

Sendo o psicólogo um profissional voltado a questões como personalidade entre outros tópicos que devem ser envolvidos na educação sexual, faz pertinente envolvê-lo neste processo. Através do dialogo aberto e compreensível, levando-se em conta os processos internos e as emoções que rodeiam os adolescentes, bem como a subjetividade destes, tornar-se-á facilitado o acesso às estas informações e as possíveis transformações (PEDROSO; TOFFANELLI, 2016).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os prontuários e os documentos utilizados nesta pesquisa foi possível conhecer alguns dados que se remetem às adolescentes grávidas. É importante salientar que ao iniciar esta pesquisa foi proposto um objetivo geral e um específico, que seriam realizar uma análise documental através de prontuários de uma Unidade Básica de Saúde e a partir destes descrever o histórico pessoal das adolescentes grávidas, ainda apresentava-se como objetivo mapear as características sócio-demográficas e relacioná-las com os principais comportamentos de saúde destas adolescentes, ao final da pesquisa é possível concluir que estes objetivos foram alcançados.

Em um contexto geral, foi possível observar que a maioria das adolescentes grávidas que tiveram seus prontuários analisados apresentam hábitos semelhantes, no que diz respeito aos comportamentos de saúde, aos hábitos pessoais, histórico familiar entre outros se obtendo assim um dado importante, de que as condições sociais e pessoais destas adolescentes que se encontram grávidas geralmente apresentam uma variação mínima.

Em relação ao estudo é possível afirmar que, como já foi citado anteriormente a análise documental é um método eficaz e útil para pesquisas, no entanto, é importante tecer algumas considerações sobre os documentos utilizados nesta pesquisa.

Ao analisar detalhadamente os prontuários foi percebido que algumas das respostas encontradas apresentam pouca clareza em relação às perguntas realizadas, outra característica que pôde ser percebida é que o preenchimento destes prontuários se dá de forma desconhecida e que por este fato, muitas informações não são encontradas,



### Artigo

bem como as próprias questões do prontuário deixam a desejar, tal fato pode ser considerado uma limitação dentro de pesquisas documentais que se utilizam apenas dos documentos para a obtenção de dados variados.

Em relação às possíveis formas e intervenções que podem ser realizadas para que este índice de adolescentes grávidas diminua podem-se elencar algumas atividades, tais como, orientação na escola, educação familiar, palestras educativas, atividades em unidades de saúde entre outros, estas atividades podem se caracterizar como meio de prevenção e promoção da saúde destas adolescentes. É necessário fortalecer o fato de que as intervenções mais apropriadas nesta situação se darão de forma a relacionar a família, a escola e o adolescente, já que os dois primeiros são a base do desenvolvimento dos sujeitos.

Para as citadas intervenções e ações voltadas a este publico a participação dos psicólogos ocorre de forma direta e fundamental, pois à medida que a psicologia busca compreender e agir empaticamente, o diálogo perpassado por ela tornar-se-á melhor elaborado e assimilado, sendo capaz de conscientizar por meio de um vínculo bem elaborado. A psicologia neste contexto surge com o poder de afirmar as potencialidades e possibilidades voltadas ao sujeito, que neste contexto conseguirá agir de forma mais responsável.

Por fim, cabe acrescentar a importância de que novos estudos sejam incentivados e realizados voltados a esta temática, visto que tal tema ainda se configura como dúvida e questionamento tanto para profissionais quanto para a sociedade em geral, buscar compreender esta realidade acerca da gravidez na adolescência por outros meios de pesquisa e nas demais realidades torna-se algo extremamente importante.

### REFERÊNCIAS

BARBOSA, Franck Nei Monteiro; CASOTTI, Cezar Augusto; NERY, Adriana Alves.

Comportamento de risco à saúde de adolescentes escolares. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 4, p. 1-9, 2016.

BEZERRA, Thaíse Miranda. Estratégias preventivas para a gestação na adolescência no município de Aragominas-TO. *Monografia*. Estácio de Sá, 2017.



**Artigo**

BERLOFI, Luciana Mendes et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta paulista de enfermagem*, 2006.

BRASIL, Parâmetros Nacionais Curriculares. Ministério da Educação e do Desporto. *Secretaria da Educação Fundamental*. Brasília: MEC/SEF, 1998.

BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1990 Jul 16; Sessão 1:13563-577

BOCK, Ana Mercês Bahia. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. *Cadernos Cedes*, v. 24, n. 62, p. 26-43, 2004.

CÁRDENAS, Carmen Jansen de. Adolescente: um estudo sobre a constituição da identidade do adolescente no âmbito da escola. *Brasília (DE): Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília*, 2000.

CEDARO, José Juliano; DA SILVA VILAS BOAS, Luana Michele; MORENO MARTINS, Renata. Adolescência e sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho-RO. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 32, n. 2, 2012.

CELLARD, André et al. *A análise documental*. POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, v. 295, p.2010-2013, 2008.

CORDEIRO TRAJANO, Maria de Fátima; DA SILVA QUIRINO, Glauberto; ARAÚJO GONÇALVES, Gleice Adriana. Consequências da maternidade na adolescência. *Cogitare Enfermagem*, v. 17, n. 3, 2012.

DA ROCHA, Laura Cittadino; MINERVINO, Carla Alexandra Moita. Ser mãe adolescente: sentimentos e percepções. *CEP*, v. 58053, p. 000, 2008.





**Artigo**

DA SILVA, Quezia Albuquerque Duarte et al. Fatores socioeconômicos relacionados à gravidez na adolescência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN*, v. 2178, p. 2091.

DE ARAÚJO, Rayanne Lima Dantas et al. Gravidez na adolescência: consequências voltadas para a mulher. *Informativo Técnico do Semiárido*, v. 9, n. 1, p. 15-22, 2015.

DE ARRUDA FERREIRA, Cássia Regina; RIBEIRO, Gracy Tadeu Ferreira. Aspectos Socioeconômicos da Gravidez na Adolescência e as Ações de Saúde, o caso de Anápolis (GO). *Vita et Sanitas*, v. 4, n. 1, p. 73-89, 2017.

DUARTE, Juliana Calabresi Voss. Gravidez na adolescência. 2011.

ERIKSON, Erik H.; CABRAL, Álvaro. *Identidade: juventude e crise*. 1976.

GONÇALVES, Helen et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, p. 25-41, 2015.

HEIDEMANN, Miriam. Adolescência e saúde: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação. In: *Adolescência e saúde: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação*. 2006.

HELDER, R. R. Como fazer análise documental. *Porto, Universidade de Algarve*, 2006

IBGE, Gravidez na adolescência diminui, 2013. Disponível em:  
<https://www.brasil247.com/pt/247/brasil/124656/Gravidez-naadolesc%C3%A0nciadiminui-diz-IBGE.htm>

LEONTIEV, Alexei Nicolaevich; DUARTE, Manuel Dias. *O desenvolvimento do psiquismo*. 1978.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli EDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*.





**Artigo**

1986.

MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi et al. Educação sexual na escola a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*, p. 151-156, 2012.

MARTÍNEZ, Tomás Priego; PASCUAL, Cosme Puerto. *Compreender a sexualidade: para uma orientação integral*. Paulinas, 1998.

ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; MARTINS, Priscilla de Oliveira; TRINDADE, Zeidi Araújo. *O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural*. 2003.

MELO, Edrick Wesley da Fonseca. *Programa permanente de prevenção da gravidez em adolescentes de uma comunidade de São José de Ribamar – MA*. 2017.

MOURA, Ana Flora Müller et al. Possíveis contribuições da psicologia para a educação sexual em contexto escolar. *Psicologia Argumento*, v. 29, n. 67, 2017.

MOTA DE CARVALHO, Geraldo; BARBOSA MERIGHI, Miriam Aparecida; PINTO DE JESUS, Maria Cristina. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 18, n. 1, 2009.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. Atitudes, sentimentos e imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. *Revista de Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 817-23, 2009.

OZELLA, Sergio. Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica. In: *Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica*. Cortez, 2003.

PONTES, Cruz Luciana; et al. As implicações na gravidez na adolescência: uma revisão bibliográfica. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina. v.5, n.1, p.55-60, Jan-Fev Mar. 2012.



**Artigo**

PORTO, Priscilla Nunes; GARCIA, Carolina Pedroza de Carvalho. Características sociodemográficas e de saúde de gestantes como indicadores de vulnerabilidades. 2016.

SANTOS, RICARDO ALEXANDRE BAYÃO. Gravidez na adolescência: aspectos sociais e psicológicos. *Revista de Psicologia da PUCRS*, 2010.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; DE ALMEIDA, Cristóvão Domingos; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista brasileira de história & ciências sociais*, v. 1, n. 1, 2009.

SÁ, Mahayna Carvalho. Perfil sócio-econômico, demográfico e obstétrico de adolescentes grávidas do pré-natal de alto risco do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida. 2016.

SENNA, Sylvia Regina; DESSEN, Maria Auxiliadora. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, v. 28, n. 1, p. 101-108, 2012.

SILVA, André Teixeira da; JACOB, Maria Helena Vianna Metello; HIRDES, Alice. Conhecimento de adolescentes do ensino médio sobre DST/AIDS no sul do Brasil. *Aletheia*, n. 46, p. 34-49, 2015.

SOARES, Leonardo Ribeiro et al. Avaliação do comportamento sexual entre jovens e adolescentes de escolas públicas. *Adolescência e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 76-84, 2015.

TABORDA, Joseane Adriana et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cad Saúde Coletiva* (Rio J.), v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014.

TEIXEIRA, M. A. P.; DIAS, A. C. G. Quando termina a adolescência. *Perspectiva* (Erexim), v. 28, p. 7 citation\_lastpage= 15, 2004..



**Artigo**

TOFFANELLI, Ana Caroline; PEDROSO, Bruno Marlon. Sexualidade e educação: as possibilidades de atuação do psicólogo inserido No cotidiano escolar. *Revista Iniziare*, v. 1, n. 1, 2016.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em estudo*, v. 6, n. 2, p. 49-56, 2001.

TOMIO, Noeli Assunta Oro; FACCI, Marilda Gonçalves Dias. Adolescência: uma análise a partir da psicologia sócio-histórica. *Teoria e prática da Educação*, v. 12, n. 1, p. 89-100, 2009.

TOMIO, Noeli Assunta Oro. Adolescência na Perspectiva Histórico Cultural. *Monografia* apresentada para obtenção do título de especialista em Teoria Histórico-Cultural). Universidade Estadual de Maringá, 2006.



**Artigo**

**INTERVENÇÕES LÚDICAS COM CRIANÇAS NO PRÉ-OPERATÓRIO**

**PLAYFUL INTERVENTIONS WITH CHILDREN IN THE PRE-CIRURGY**

Bruno Alves de Lucena<sup>1</sup>  
Joselito Santos<sup>2</sup>  
Tatiana Cristina Vasconcelos<sup>3</sup>

**RESUMO** - O processo de hospitalização constitui uma experiência comumente ameaçadora que gera impacto sobre o comportamento do Paciente, levando à manifestação de reações adversas, como o estresse, ansiedade e medo. A necessidade de ser submetido a procedimentos invasivos tais como as cirurgias, potencializa estas reações. Quando hospitalizada, a criança, já debilitada pela doença passa a enfrentar o distanciamento dos familiares, da escola, da sua rotina para o ambiente hospitalar que é caracterizado por ser um ambiente estranho, desconhecido, incerto e norteado por regras e regulamentos incompreensíveis para a criança. No estágio pré-operatório o sofrimento psíquico da criança intensifica-se, em decorrência de uma espera permeada de exames, jejum e grande expectativa em relação ao que irá ocorrer durante e após a cirurgia. Nesta perspectiva objetivou-se com esse estudo verificar a influência de vivências lúdicas realizadas durante o pré-operatório sobre a adaptação da Criança ao ambiente hospitalar. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória descritiva, da qual participaram 40 pacientes, internos em um Hospital pediátrico que estavam no estágio pré-operatório. Através da coleta de dados verificou-se que as experiências lúdicas permitem uma melhor qualidade na vida do paciente, diminuiu o grau de ansiedade e aumentam o sentimento de bem-estar mental do indivíduo. Verificou-se ainda que o brincar se constitui como sendo uma ferramenta que a criança hospitalizada se utiliza

---

<sup>1</sup>Psicólogo. Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: brunno.psic@gmail.com

<sup>2</sup>Psicólogo Mestre e Doutor pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: jslito2012@gmail.com

<sup>3</sup>Graduada e Mestre em Psicologia (UFPB) Doutora em Educação (UERJ). Docente do Curso de Pedagogia da Universidade Estadual da Paraíba e do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). E-mail: vasconcelostc@yahoo.com.br



### Artigo

para construir estratégias de enfrentamento em relação à doença e o processo de hospitalização.

**Palavras-chave:** Pré-Operatório. Experiências Lúdicas. Enfrentamento.

**ABSTRACT** - The hospitalization process is a commonly threatening experience that impacts on the patient's behavior, leading to the manifestation of adverse reactions such as stress, anxiety and fear. The need to undergo invasive procedures such as surgeries, potentiates these reactions. When hospitalized, the child, already debilitated by the disease, begins to face distancing from family members, from school, from their routine to the hospital environment that is characterized by being a strange, unknown, uncertain environment and guided by rules and regulations incomprehensible to the child. In the pre-cirurgy stage, the child's psychic suffering is intensified, as a result of a waiting period of exams, fasting and great expectations regarding what will occur during and after surgery. In this perspective, this study aimed to verify the influence of play experiences during the preoperative period on the adaptation of the child to the hospital environment. This is a qualitative, exploratory descriptive study, in which 40 patients participated, inmates in a Pediatric Hospital in the Municipality of Patos / PB who were in the preoperative stage. Through the collection of data it was verified that the ludic experiences allow a better quality in the life of the patient, decreased the degree of anxiety and increase the feeling of mental well-being of the individual. It was also verified that play is a tool that the hospitalized child uses to construct coping strategies in relation to the illness and the hospitalization process.

**Keywords:** Pre-cirurgy. Playful Experiences. Confrontation.

## INTRODUÇÃO

A hospitalização constitui uma experiência comumente ameaçadora e causadora de ansiedade, atribui-se a esse contexto uma quebra de vínculos afetivos da criança para com sua família e com o próprio ambiente em que vive. Desta forma, tem um impacto sobre o seu comportamento, levando à manifestação de reações adversas, como o estresse, ansiedade e medo. A necessidade de ser submetido a procedimentos invasivos,



### Artigo

tais como as cirurgias, potencializa estas reações, bem como torna esse momento mais crítico no processo de hospitalização.

De acordo com Schimitz, Piccoli; Vieira (2003), a dificuldade das crianças em compreenderem a hospitalização resulta em alterações psicológicas como pesadelos, enurese e alterações de humor. Tais reações poderão ser desencadeadas a curto, como em longo prazo, estando transposto por experiências anteriores do contato com hospitais gerais, atendimento ambulatorial e procedimentos cirúrgicos.

O distanciamento dos familiares, da escola, da sua rotina para o contexto hospitalar que é caracterizado por ser um ambiente estranho, desconhecido, incerto e norteado por regras e regulamentos incompreensíveis para a criança, levando a mesma a experienciar uma sensação de insegurança, que resulta em comportamentos que bloqueiam a sua adaptação ao ambiente hospitalar.

É necessária a preparação das crianças para procedimentos médicos, que envolvam desde a administração de um medicamento até a realização de cirurgias de grande porte, incluindo imunizações, injeções (subcutâneas e intramusculares), punções venosas, biópsias, procedimentos que são caracterizados por gerarem dor e ansiedade, bem como adquirem traços ameaçadores, agressivos e invasivos.

Segundo Garcés; Assef (2004) o preparo psicológico visa favorecer a adaptação do paciente ao procedimento, além de torná-lo mais ativo nas decisões. Em geral, os pacientes preparados psicologicamente para a cirurgia apresentam menos sintomas de ansiedade e condutas negativas e se comportam de maneira mais colaborativa, além de apresentarem menor incidência de transtornos psicológicos após a alta hospitalar.

A necessidade de se reduzir o impacto psicológico é evidente, porque através dessa redução é possível melhorar a qualidade de vida do paciente, garantindo uma melhor e mais rápida recuperação, após o ato cirúrgico.

O período pré-operatório constitui-se em uma espera permeada de exames, jejum e grande expectativa em relação ao que irá ocorrer antes, durante e após a cirurgia. A inatividade característica desse momento, exames complementares, separação do paciente de sua família e ambiente, além de outras preocupações que eventualmente apresentem, potencializam as reações psicológicas frente à doença.

Neste contexto as experiências lúdicas possibilitam certo grau de controle sobre o desconhecido que a situação cirúrgica representa, já que em geral esta é percebida como um momento de vulnerabilidade e risco. É também uma forma que a criança hospitalizada possui de enfrentamento da situação que o mesmo se encontra.



### Artigo

Entre as possíveis estratégias utilizadas por crianças para enfrentar condições estressantes, encontra-se o brincar, que se incorpora como uma tentativa de mudanças do ambiente ambulatorial, proporcionando melhores condições psicológicas para crianças e adolescentes internados, na medida que facilita a obtenção da atividade simbólicas e a elaboração psíquica de vivências do cotidiano infantil.

Ao brincar, a criança altera o ambiente em que se encontra e aproxima-se da sua realidade cotidiana, considera-se que a atividade recreativa, livre e desinteressada tem um efeito terapêutico, uma vez que auxilia na elaboração de emoções e sentimentos e na promoção do bem-estar dos pacientes.

Para Fortuna (2007) o brincar, no contexto hospitalar é um instrumento de intervenção utilizado como forma da criança construir estratégias de enfrentamento em relação à doença, hospitalização, comunicação e resolução de conflitos. Levando em consideração todos esses aspectos, o brincar se manifesta como uma oportunidade da criança hospitalizada, expor seus sentimentos e aliar suas tensões e estresses decorrentes da hospitalização como também tem sido considerado um meio de socialização e interação com outras crianças, podendo propiciar uma saída do isolamento que a internação provoca.

Para a criança, a doença é um acontecimento inesperado e indesejável, onde todos os costumes próprios da infância tornam-se algo distante devido às restrições que a doença e o tratamento impõem (CARDOSO, 2007). Todas essas mudanças causam impacto na vida da criança e podem modificar seu comportamento antes, durante e depois da internação. (OLIVEIRA, 2009).

O reconhecimento da relevância do brincar no contexto hospitalar veio a instituir a Lei Federal nº 11.104 de 21 de março de 2005, que prevê a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. De acordo com o Art. 2º, considera-se brinquedoteca, para os efeitos desta Lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinados a estimular o brincar nas crianças e seus acompanhantes (BRASIL, 2005).

A intervenção deve ser praticada com a finalidade de auxiliar as crianças a lidarem com aspectos negativos da hospitalização. O brincar pode servir como alternativa por permitir tarefas relacionadas à compreensão de um ambiente novo e estranho, e tarefas emocionais para lidar com medo e com a perda de controle. Assim a criança percebe a ludoterapia como o momento aonde ela irá desligar-se da realidade vivenciada, minimizando a tensão, proporcionando subsídios para assimilação de novos





### Artigo

conhecimentos, compreendendo o que se passa no hospital e podendo esclarecer alguns conceitos próprios do processo de hospitalização.

O estudo objetivou verificar a influência das atividades lúdicas realizadas durante o pré-operatório sobre a adaptação da criança no ambiente hospitalar.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, do qual participaram 40 crianças, com idade de 6 a 12 anos, internas no hospital pediátrico público no sertão da Paraíba, através de amostragem não probabilística por conveniência.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (CEP/FIP), CAEE nº 61776916.4.0000.5181. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: o diário de Campo que é um instrumento metodológico, que consiste no registro escrito das ações vivenciadas e intenções captadas no cotidiano do espaço investigativo (FREITAS, 2006), e uma ficha de identificação da criança contendo o histórico da doença e do tratamento, o tempo de internação, o tipo de patologia, quantidade de internações, existência ou não de complicações no tratamento, e dados sobre a vida familiar da criança.

Para realização das atividades lúdicas foram utilizados os seguintes materiais: papel ofício A4, lápis de cor, giz de cera, canetas hidrográficas coloridas e brinquedos (miniaturas de objetos hospitalares, domésticos e bonecos). Após a anuência do responsável pela criança, solicitado da criança a sua participação voluntária. Após a aceitação da criança, o responsável assinou o TCLE, permitindo a coleta de informações necessárias à pesquisa.

As crianças foram divididas em dois: o grupo com intervenção e o grupo sem intervenção. O grupo que participou das vivências lúdicas foi levado para a sala de recreação/brinquedoteca para o desenvolvimento das atividades planejadas. Só permaneceu na enfermaria a criança que não podia sair do leito. Para o grupo de crianças que não participou das vivências lúdicas, foi feita observação dos comportamentos, das reações emocionais e atitudes frente à equipe de saúde (médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem), os quais foram transcritos para o diário de campo.



### Artigo

O primeiro momento das vivências lúdicas consistiu em pintura com lápis, pintura a guache, trabalho com brinquedos previamente escolhidos: malinha de médico, bonecas pacientes, seringas, estetoscópio e materiais de primeiros socorros. No segundo momento foram observados os comportamentos, as reações emocionais e atitudes frente à equipe de saúde (médicos, enfermeiras, técnica de enfermagem), os quais foram transcritos para o diário de campo.

A análise dos dados coletados teve início com a leitura dos diários de campo, identificando e codificando os comportamentos e ações relevantes, de acordo com os objetivos do estudo, agrupando-as e classificando por semelhanças e confrontando ambos os grupos que vivenciaram e que não vivenciaram as experiências lúdicas a partir das atividades propostas (artes e brinquedo dirigido).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da observação do comportamento das crianças que compuseram a amostra e os registros dos diários de campo, pôde-se constatar diversos fatores que dificultam o ajustamento da criança ao contexto de hospitalização e da doença.

As crianças que não vivenciaram as experiências lúdicas durante o estágio Pré-operatório, apresentaram comportamentos negativos em relação ao processo de hospitalização, a exemplo de irritabilidade e agressividade. O desconhecimento da equipe de saúde ao negar informações ou ignorá-las por terem pouca idade, bem o como o clima de suspense fez aumentar a fantasia e os temores das crianças internas.

O choro, agressividade, diminuição da afetividade, distúrbios da linguagem, problemas no sono, falta de apetite, foram às reações mais frequentes na esfera psicopatológica observada nos comportamentos manifesto das crianças. Apesar de todas as crianças apresentarem perturbações iniciais à hospitalização, as crianças de 6 e 7 anos de idade, apresentaram mais sofrimento, e este em sua maioria estava relacionado com a quebra de vínculos com pais na situação de hospitalização.

Pôde-se identificar ainda que as crianças permaneciam quietas, sonolentas, indiferentes, chorosas, com falta de apetite, com psicorreações como: apreensão, tristeza, afastamento e falta de interação com outras crianças, permanecendo deitadas ou sentadas, podendo reagir apaticamente ou ao contrário, agressivamente, dificultando as intervenções médico-hospitalares, ao rejeitar a medicação, as restrições, os exames e /ou as dietas.



### Artigo

Conforme o estudo realizado por Broering; Crepaldi (2011) o fato de criança ser estar submetida a uma intervenção cirúrgica reforça manifestação dessas reações. A hospitalização provoca a aparecimento de reações adversas como o estresse. A necessidade de ser submetido a procedimentos invasivos, como as cirurgias, potencializa essas reações. Antes da intervenção cirúrgica, a criança pode experimentar ameaça à sua integridade física, acompanhada de reações psicológicas como ansiedade, medo e insegurança.

Pode-se verificar que, no grupo de crianças que não vivenciou as experiências lúdicas durante a internação, o choro foi a reação física mais frequente (30%) dos comportamentos observados, agressividade (15%), problemas no sono (15%), perturbações digestivas e nutritivas (15 %) e hipertermia (15 %) (Tabela 1).

No grupo que vivenciou as experiências lúdicas durante o estágio pré-operatório, verificou-se que, das reações físicas observadas, a mais frequente foi o choro (15%), problemas no sono (5%), perturbações digestivas e nutritivas (5%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Comportamentos observados nos grupos.

Comportamentos Observados	Grupo que não participou da vivência		Grupo que participou da vivência	
	f	%	f	%
<b>Choro</b>	6	30%	4	15%
<b>Hipertermia</b>	3	15%	0	-
<b>Distúrbios da linguagem</b>	1	5%	0	-
<b>Problemas no sono</b>	3	15%	1	5%
<b>Perturbações digestivas e nutritivas</b>	3	15%	1	5%

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

Considerando-se os dois grupos, o grupo que vivenciou as experiências lúdicas, apresentou uma diminuição das reações fisiológicas em relação ao grupo que não vivenciou as experiências lúdicas. Essa diminuição de reações adversas contribui para a adaptação da criança à dinâmica hospitalar, na qual a mesma está inserida, como demonstrado no estudo de Leite; Shimo (2007) comprovaram uma redução do medo e da agressividade da criança hospitalizada após a vivência de experiências lúdicas, que



### Artigo

contribuíram ainda para a adaptação dada à imposição do repouso, a limitação das atividades e à descontinuidade de suas experiências sociais, além da criança ter que aprender a lidar com novos sentimentos que surgem decorrentes da série de perdas e restrições, que podem afetar seu desenvolvimento.

As crianças que vivenciaram as experiências lúdicas no pré-operatório apresentaram atitudes positivas (60%) referentes à cooperação com a equipe de saúde, 52% à aceitação das regras e das rotinas hospitalares e 76% a uma boa comunicação com a equipe de saúde à criança. As atitudes negativas do grupo que vivenciou as experiências lúdicas foram a não cooperação com a equipe da saúde (40%), a não aceitação das regras e rotinas hospitalares (48%) e comunicação deficiente com a equipe de saúde (24%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Atitudes positivas e negativas em relação ao processo de Hospitalização do grupo que vivenciou as experiências lúdicas.

Atitudes	Grupo que participou da vivência			
	Positivas	f	Negativas	f
Cooperação	60,0%	12	40,0%	8
Aceitação das regras	52,0%	10	48,0%	9
Comunicação	76,0%	15	24,0%	4

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

Quanto às atitudes positivas e negativas do grupo de crianças que vivenciou as experiências lúdicas, observa-se a presença maior de atitudes positivas em relação ao processo de hospitalização.

As crianças que não participaram da vivência apresentaram atitudes positivas relativas à cooperação com a equipe de saúde (30%), à aceitação das regras e das rotinas hospitalares (20%) a uma boa comunicação com a equipe de saúde (26%). As atitudes negativas desse grupo foram a não cooperação com a equipe da saúde (70%), a não aceitação das regras e rotinas hospitalares (80%) com uma comunicação dificultosa com a equipe de saúde (74%) (Tabela 3).



**Artigo**

Tabela 3 - Atitudes Positivas e Negativas em relação ao processo de Hospitalização do grupo que não vivenciou as experiências lúdicas.

Atitudes	Grupo que não participou da vivência			
	Positivas	F	Negativas	f
<b>Cooperação</b>	30%	6	70%	14
<b>Aceitação das regras</b>	20%	4	80%	16
<b>Comunicação</b>	26%	5	74%	15

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

Ao relacionar os resultados negativos dos dois grupos, observa-se que há uma redução de atitudes negativas em crianças que foram submetidas à vivência lúdica. Nota-se que essa diferença entre os grupos em decorrência à vivência lúdica no processo de Hospitalização (Tabela 4).

Tabela 4 - Atitudes negativas nos dois grupos.

Atitudes	Grupo que não participou da vivência		Grupo que participou da vivência	
	f	%	f	%
<b>Cooperação</b>	8	40%	3	15%
<b>Aceitação das regras</b>	3	15%	1	5%
<b>Comunicação</b>	7	35%	2	10%

Fonte: Pesquisa de Campo, 2017.

A partir da ludicidade as crianças que vivenciaram as experiências, compreenderam sua doença e os procedimentos terapêuticos, chegando a conseguir compreender melhor a sua condição e contribuir de maneira positiva em seu tratamento, o resultado dessa pesquisa corrobora com o estudo de Melo; Leite (2008) que observaram um efeito positivo do uso de brinquedo terapêutico como facilitador na aderência ao tratamento da Diabetes mellitus tipo 1. Através dele, a criança teve a oportunidade de entender melhor a sua hospitalização através do brincar, bem como cooperar com os procedimentos médicos. O brinquedo age como uma ferramenta para que o paciente, ao perceber sua realidade, torne-se um agente ativo na elaboração de sua



### Artigo

doença, já que ao entender sua condição ele consegue colaborar em benefício do seu tratamento. Jansen; Santos; Favero (2010) evidenciou em seu estudo que a ludicidade proporciona comportamentos que evidenciam maior adaptação e aceitação do procedimento hospitalar pela criança, assim como a redução da dor, quando o preparo com vivências lúdicas é realizado previamente.

Para Santos (2012), a experiência lúdica oportuniza à criança a expressão dos seus sentimentos, anseios e medos, além de possibilitar que ela assimile melhor a hospitalização, de modo a que também possa ressignificar esse período. Os resultados positivos podem ser expressos na redução dos traumas que podem surgir com a internação. Neste sentido, a brincadeira funciona como terapia, podendo reduzir o impacto da internação para a criança e sua família, e uma estratégia redutora de danos e agente de melhora do sofrimento da criança, contribuindo para a redução da permanência da criança no hospital.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências lúdicas atuam ferramenta adaptativa no processo de hospitalização da criança. O brincar no hospital pode se dar como atividade prazerosa ou como possibilidade de expressar e elaborar angústias ligadas ao processo de adoecimento e à hospitalização.

O grupo de crianças que vivenciou as experiências lúdicas apresentou maior aceitação dos procedimentos de cuidados, bem como uma melhor comunicação com a equipe de saúde e poucas reações físicas em relação ao grupo que não vivenciou as experiências lúdicas.

Tendo em vista os seus benefícios, é importante compreender o lúdico como uma forma da criança construir estratégias de enfrentamento em relação à doença/hospitalização, bem como procurar compreender o quanto o brincar terapêutico é importante para a construção da subjetividade da criança hospitalizada. Essa atividade proporciona uma melhor expressão no que diz respeito a seus pensamentos, sentimentos e angústias decorrentes da doença.

Os resultados indicam que o brincar como instrumento terapêutico deve ser utilizado com a finalidade de ajudar a criança a desenvolver as habilidades necessárias para enfrentar uma nova situação ou uma experiência estressante. A experiência lúdica é



### Artigo

capaz de aumentar a adaptação da criança à nova situação que vivencia, e inclusive atuar sobre o restabelecimento de sua saúde.

Destaca-se a importância da observação participante em pesquisas cujos sujeitos são crianças, pois através desta técnica é possível apreender aspectos comportamentais durante as vivências lúdicas.

### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.104 de 21 de março de 2005, que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. 2012.

BROERING, C. V. CREPALDI, M. A. Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 1, 15-23. 2011.

CARDOSO, F. T. Câncer Infantil: Aspectos Emocionais e Atuação do Psicólogo. **Revista SBPH**, v. 10, n. 1, 27-34, 2007.

FORTUNA, T. R. Brincar, Viver e aprender: Educação e Ludicidade no hospital. Rio de Janeiro: *WAK*, 2, 37 – 43. 2007.

FREITAS, M. E. A. Observação e diário de campo: técnicas utilizadas no estágio da disciplina administração em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 5, n. 2, 7-12. 2006.

GARCÉS, C.B., ASSEF, V.C. Control de la respuesta psicológica en el paciente quirúrgico pediátrico. **Revista Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 2, 5-15. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin>>. Acesso em out. 2017.





**Artigo**

JANSEN M.F.; SANTOS R.M.; FAVERO L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, 247-253. 2010.

LEITE, T. M. C.; SHIMO, A. K. **brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros**, Rio de Janeiro. 2007. Disponível em <[http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000200025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em Junho de 2017.

MELO, L. L.; LEITE, T. M. C. O brinquedo terapêutico como facilitador na adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 1 na infância. **Pediatria Moderna**, v. 44, n. 3, 100-103. 2008.

OLIVEIRA, L. D. B. et al. A brinquedoteca hospitalar como fato de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 20, 19-25, 2009.

SANTOS, S. D. P. **A influência do lúdico no ambiente hospitalar infantil**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2012. Disponível em: [http://www.dfe.uem.br/TCC/Trabalhos\\_2012/SILVANA\\_SANTOS.PDF](http://www.dfe.uem.br/TCC/Trabalhos_2012/SILVANA_SANTOS.PDF). Acesso em 10 junho de 2017.

SCHMITZ, S.M.; PICCOLI, M.; VIEIRA, C.S. A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 2, n. 1, 67-73. 2003.

OLIVEIRA, L. D. B. et al. A brinquedoteca hospitalar como fato de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 20, 19-25. 2009.



**Artigo**

**NÍVEIS DE ANSIEDADE E ESTRESSE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

Saislany Sheury Rafael Lúcio<sup>1</sup>  
Lucilene Gomes da Silva Medeiros<sup>2</sup>  
Daniela Ribeiro Barros<sup>3</sup>  
Olívia Dayse Leite Ferreira<sup>4</sup>  
Giovani Amado Rivera<sup>5</sup>

**RESUMO** - O ingresso como também a conclusão do curso superior são marcados por momentos de mudanças, frustrações, conquistas, temores, pressões, cobranças e angústias que são inerentes ao meio acadêmico, podendo desencadear nos estudantes sintomas de estresse e ansiedade. A ansiedade é um estado emocional vago e desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. O estresse é caracterizado como uma reação interna do organismo vivo quando experimenta situações as quais são percebidas pelo seu aparelho sensorial, como ameaçadoras ao seu bem-estar, físico ou psicológico. Partindo desse pressuposto, este estudo tem por objetivo verificar os níveis de ansiedade e estresse em estudantes universitários ingressantes e concluintes. A amostra foi composta por 74 estudantes de uma instituição de ensino superior, com média de idade de 22,4 anos ( $DP = 5,7$ ), sendo 11 do sexo masculino (14,9%) e 63 do sexo feminino (85,1%). Para coleta de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico, o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). As análises dos dados apontaram que estudantes ingressantes são mais estressados, 65,0% na fase de alerta e 57,9% na fase de exaustão, enquanto os estudantes concluintes foram mais ansiosos, 66,7% apresentaram ansiedade severa. Diante desses resultados, pode-se perceber a necessidade de um apoio psicológico aos

---

<sup>1</sup>Graduanda do curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos, PB, Brasil.

<sup>2</sup>Docente do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos, PB, Brasil.

<sup>3</sup>Docente do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos, PB, Brasil.

<sup>4</sup>Docente do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos, PB, Brasil.

<sup>5</sup>Docente do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos, PB, Brasil.



### Artigo

universitários, tanto os ingressantes, que estão vivenciando uma fase de adaptação, quanto os concluintes que estão em uma etapa de transição, da vida acadêmica para o mercado de trabalho.

**Palavras-chave:** Ansiedade; Estresse; Estudantes Universitários.

**ABSTRACT** - Anxiety is a vague and unpleasant emotional state of fear and apprehension characterized by tension or discomfort derived from anticipation of danger, from something unknown or strange. Stress is characterized as an internal reaction of the living organism when it experiences situations which are perceived by its sensory apparatus, as threatening to its well-being, physical or psychological. The entrance as well as the completion of the higher course are marked by moments of changes, frustrations, conquests, fears, pressures, charges and anguish that are inherent to the academic environment, which can trigger in students symptoms of stress and anxiety. Based on this assumption, this study aims to verify levels of anxiety and stress in university students entering and completing. The sample consisted of 74 students from a higher education institution, with a mean age of 22.4 years (SD = 5.7), 11 males (14.9%) and 63 females (85,1%). A sociodemographic questionnaire was used to collect data, the Lipp Stress Symptom Inventory (ISSL) and the Beck Anxiety Inventory (BAI). Data analysis indicated that incoming students were more stressed, 65.0% in the alert phase and 57.9% in the exhaustion phase, while the concluding students were more anxious, 66.7% presented severe anxiety. In view of these results, it is possible to perceive the need for psychological support to university students, both the students who are experiencing an adaptation phase and those who are in the transition phase from academic life to the labor market

**Keywords:** Anxiety; Stress; University students.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a ansiedade e o estresse estão muito em evidência, afetando o desempenho acadêmico de estudantes universitários. Esses construtos estão presentes em determinados momentos da formação acadêmica, mas tornam-se mais



### Artigo

predominantes em algumas situações específicas, a exemplo do ingresso e saída desses universitários do curso superior. Ao decorrer do percurso acadêmico o estudante é confrontado com circunstâncias geradoras de pressão psicológica e ansiedade (CRUZ et al., 2010).

A ansiedade caracteriza-se como um estado emocional vago e desagradável de medo e apreensão, marcado pela presença de tensão ou desconforto decorrente da antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995; SWEDO; LEONARD; ALLEN, 1994), citados por Castillo et al. (2000) levando a uma inquietação e perturbação psicológica que está interligada com pensamentos relacionados ao futuro.

Os sintomas psicológicos da ansiedade entre os estudantes incluem sentimentos de nervosismo antes de uma aula, pânico, esquecimento durante uma avaliação de aprendizagem, impotência ao fazer trabalhos acadêmicos, ou a falta de interesse em uma matéria difícil (CARVALHO et al., 2015, p1290). Esses sintomas podem apresentar níveis normais de ansiedade, relacionados com fenômeno fisiológico responsável pela adaptação do organismo em situações de perigo (BENUTE et al., 2009). Mas quando foge da normalidade, desencadeia sintomas patológico, podendo desenvolver algum transtorno de transtorno de ansiedade que afetam o desenvolvimento psicológico do indivíduo, que acabam comprometendo o seu rendimento acadêmico. O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) apresenta os transtornos de Ansiedade como transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas a eles.

Segundo os estudos de Castillo et al. (2000), pode-se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica avaliando se a reação ansiosa é de curta permanência, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não. Dessa maneira, a partir dessa diferenciação pode-se propor uma intervenção psicológica voltada para a amenização dos sintomas, ocasionados pela ansiedade patológica, levando os indivíduos acometidos pela mesma a desfrutarem de uma melhor qualidade de vida.

Além dos sintomas de ansiedade, a vida acadêmica é caracterizada por um ambiente estressante no qual os acadêmicos têm a responsabilidade de aprender uma profissão e preparar-se para esse futuro profissional (ASSIS et al., 2013). De modo geral, o *stress* significa uma reação interna do organismo vivo quando experimenta situações as quais são percebidas pelo seu aparelho sensorial, como ameaçadoras ao seu bem-estar, físico ou psicológico (MILSTED; AMORIM; SANTOS, 2009).



### Artigo

O estresse é desencadeado a partir de “estressores” advindos do meio externo (como frio e calor), do ambiente social (como o trabalho insalubre) e do mundo interno (como as alegrias, os medos e angústias) (MONTEIRO; FREITAS; RIBEIRO, 2007) e acompanhados de sintomas físicos mais comuns como fadiga, dores de cabeça, insônia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náuseas, tremores, extremidades frias e resfriados constantes (ASSIS et al., 2013). No ambiente acadêmicos, os fatores estressores e e sintomas vão surgir de acordo com o momento vivenciado pelos acadêmicos. Desse modo, a inconstância de emoções torna-se algo presente na vida dos estudantes, sendo que os mesmos vivenciam situações de instabilidade e estabilidade podendo desenvolver sintomas de estresse.

Quando o estresse se torna excessivo produz consequências psicológicas e emocionais que resultam em cansaço mental, dificuldade de concentração e perda de memória imediata, bem como crises de ansiedade e de humor (ROSSETTI et al., 2008).

Sabe-se que o ser humano precisa de estímulos para desenvolver suas funções cotidianas, ou seja, estar em um estado de alerta temporário (LACERDA, 2015). Porém, quando este estado de vigília é vivenciado de forma constante, fugindo da normalidade, acaba prejudicando o desenvolvimento psicológico, emocional, interpessoal e acadêmico dos indivíduos.

Sendo assim, o ambiente que colaboraria na aquisição de conhecimentos e que seria a base para as suas experiências de formação profissional se torna, por vezes, o desencadeador de distúrbios patológicos, ocorrendo assim uma exacerbação da problemática do estresse acadêmico nos estudantes (MONTEIRO; FREITAS; RIBEIRO, 2007, p.67).

O ingresso na vida acadêmica é caracterizado pela expectativa e mudanças que exigem adaptações a uma nova realidade, interferindo no desenvolvimento pessoal, cognitivo, profissional, afetivo e social dos estudantes. Essa nova realidade pode gerar ansiedade e estresse a ponto de interferir no seu desempenho acadêmico (SCHLEICH, 2006), podendo constituir-se em um período de vulnerabilidade e acarretar repercussões para o desenvolvimento psicológico dos universitários (PEREIRA et al., 2008). Outro momento de vulnerabilidade corresponde à conclusão do curso, em que o estudante estará diante de novas tarefas que exigirão adaptação ao estágio, trabalho de conclusão de curso, a saída da educação superior a inserção no mercado de trabalho (SCHLEICH, 2006).

Ao tentar alcançar resultados favoráveis no meio acadêmico, o estudante, ao continuar na universidade, passa por transformações cognitivas, emocionais e



### Artigo

comportamentais, desde o ingresso na universidade até os períodos finais do curso (GOMES; SOARES, 2013). Essas transformações estão relacionadas aos momentos de mudança, desenvolvimento, frustração, crescimento, temores e angústias (MONTEIRO; FREITAS; RIBEIRO, 2007), decorrentes das pressões e cobranças inerentes aos meios acadêmicos. Diante desses aspectos, o estudante adentra no meio universitário com uma percepção, e começa a se moldar no decorrer da formação, levando ao amadurecimento enquanto ser humano e profissional, por isso, é de suma importância para aqueles que idealizam um futuro promissor.

Em seus estudos, Freire e Martins (2011 apud CARVALHO et al., 2015), consideram que o ingresso e a permanência do estudante no ensino superior são acompanhados por muitas expectativas, sendo um período determinante na vida da pessoa, uma vez que essa escolha irá influenciar sua existência futura.

Segundo Torquato et al. (2015, p.142) são vários os fatores que durante a vida acadêmica podem desencadear uma alteração no desempenho do estudante como vícios, cobrança de professores, hábitos individuais e responsabilidades que o aluno cumpre e que eles alteram o desempenho acadêmico, pois alteram a capacidade de raciocínio, memorização e interesse do jovem em relação ao processo evolutivo da aprendizagem.

Os estudantes são direcionados a realizarem muitas atividades que quando não são planejadas e ajustadas pelos mesmos, podem sobrecarregá-lo gerando um aumento da ansiedade normal do indivíduo, podendo desencadear sintomas psicológicos.

A conclusão do ensino superior caracteriza-se por um sentimento de conquista e vitória, no entanto, é marcada pelas tensões decorrentes de questionamentos pessoais sobre as preparações profissional e científica recebidas e a futura entrada no mercado de trabalho (COSTA; OLIVEIRA, 2015). Assis et al.(2013), acrescentam que é principalmente no último, que o acadêmico está sujeito a um turbilhão de reações emocionais diversas, constituindo-se, assim, num momento de maior estresse.

Mediante as considerações acima, o presente trabalho propõe analisar os níveis de ansiedade e estresse em estudantes universitários ingressantes e concluintes de uma Instituição de Ensino Superior, dessa forma, pretende-se elucidar a seguinte questão: o estresse é mais presente em estudantes concluintes, e a ansiedade em estudantes ingressantes? O interesse pela pesquisa surgiu a partir das vivências e observações realizadas no decorrer da formação acadêmica, voltadas para inseguranças, medos e angústias; estes resultantes de cobranças e prazo exigidos pelos professores e instituição, geradoras de estresse e ansiedade em estudantes universitários, e da tentativa de compreender em quais momentos esses estados emocionais se fazem mais presentes.





## Artigo

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo de cunho quantitativo, de amostragem não probabilística, realizado em uma instituição de ensino superior, localizada no interior da Paraíba. A população foi composta por 74 estudantes, sendo 37 ingressantes e 37 concluintes do curso de Psicologia. A amostra foi realizada com uma população de ambos os sexos de uma faixa etária que variou entre os 16 e 50 anos de idade.

Inicialmente o projeto dessa pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa das Faculdades Integradas de Patos- PB e aprovado como consta pelo CAAE 80473317.9.000.5181. Para coleta de dados foram utilizados um questionário sociodemográfico e dois instrumentos de avaliação: o Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL) desenvolvido por Lipp (2000) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) traduzido por Cunha (2001).

O Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL) fornece uma medida objetiva da sintomatologia do estresse em jovens e adultos, e apresenta um total de 37 itens, divididos em três fases: alerta, resistência e exaustão, sendo que os sintomas por muitas vezes podem se repetir em intensidade e seriedade maiores nas demais fases (ROSSETTI et al., 2008). O Inventário de ansiedade de Beck (BAI), é composto por 21 itens, numa escala de 4 pontos com graus de seriedade crescente de sintomas de ansiedade, que variam do grau mínimo, leve, moderada e severa.

Foi utilizado para a análise dos dados o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*; versão 22), em que as análises de estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência) e o teste Qui-quadrado foi utilizado com as variáveis categóricas do estudo. O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%.

### RESULTADOS

A partir dos resultados obtidos na pesquisa, em relação aos dados sociodemográficos, 74 estudantes participaram do estudo, sendo 11 do sexo masculino (14,9%) e 63 do sexo feminino (85,1%) e a idade média foi de 22,4 com um desvio





**Artigo**

padrão de 5,7. Com relação ao estado civil a maioria apresentou-se solteiro (70,3%), e de religião católica (58,9%). Conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos dados categóricos da amostra (N=74).

Variáveis		F	%
Sexo	Masculino	11	14,9
	Feminino	63	85,1
Estado civil	Solteiro	53	70,3
	Casado	14	18,9
	Separado(a)	1	1
	Outros	7	9,5
Religião	Católica	51	58,9
	Evangélica	18	24,3
	Espírita	2	2,7
	Outras	3	4,1

De acordo com a Tabela 2, dos 74 alunos que responderam ao instrumento a maioria exibiram níveis de ansiedade entre mínimo (35,1%) e moderado (31,1%).

Tabela 2. Distribuição de frequência dos níveis de ansiedade.

Variáveis	F	%
Grau Mínimo	26	35,1
Ansiedade Leve	19	25,7
Ansiedade Moderada	23	31,1
Ansiedade Severa	6	8,1

Em relação aos níveis de ansiedade dos grupos de ingressantes e concluintes, pode-se observar que dos 37 ingressantes a maioria apresentou ansiedade mínima (46,2%) e moderada (65,2%). Dos 37 concluintes a maior parte apresentou ansiedade



**Artigo**

leve (57,9%) e severa (66,7%). Dessa maneira os concluintes demonstraram-se com níveis de ansiedade mais elevados que ingressantes, conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3. Qui-Quadrado da relação entre os níveis de ansiedade e o grupo de ingressantes e concluintes.

Grupo	Ansieda de Mínima	%	Ansieda de Leve	%	Ansieda de Modera da	%	Ansieda de Severa	%
Ingressantes	12	46,2	8	42,1	15	65,2	2	33,3
Concluintes	14	53,8	11	57,9	8	34,8	4	66,7

$p > 0,33$

Quanto à frequência das fases de estresse, dos 74 estudantes, a maioria apresentou-se na fase alerta (27,0%) e resistência (73,0%). Como pode ser visto na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição de frequência das fases de estresse.

Variáveis	F	%
Alerta	20	27,0
Resistência	54	73,0
Exaustão	19	25,7

Com relação as fases do estresse, pode-se verificar que dos 37 alunos ingressantes a maioria pontuou nas fases alerta (65,0%) e exaustão (57,9%). Quanto os concluintes, dos 37 que responderam a pesquisa a maior parte apresentou-se na fase resistência (50,0%) e exaustão (42,1%). Dessa maneira pode-se observar na Tabela 5, que os ingressantes apresentaram-se mais estressados que os concluintes.



**Artigo**

Tabela 5. Qui-Quadrado da relação entre as fases de estresse e o grupo de ingressantes e concluintes (N=74).

Grupo	Alerta (Fase 1)	%	Resistência (Fase 2)	%	Exaustão (Fase 3)	%
Ingressantes	13	65,0	27	50,0	11	57,9
Concluintes	7	35,0	27	50,0	8	42,1

$p > 0,66$

Na relação das variáveis dos graus de ansiedade relacionados com as fases de estresse dos estudantes universitários, os resultados (Tabela 6) mostram que a proporção de estudantes sem sintomas vai diminuindo à medida que os níveis de ansiedade se elevam. É possível perceber que à medida que diminui a quantidade de estudantes sem sintomas na ansiedade leve, ocorre uma elevação na fase do estresse alerta, como também nas fases de resistência e exaustão.

Observa-se que dos 6 estudantes que demonstraram grau severo de ansiedade, 2 apresentaram sintomas de estresse na fase alerta (33,3%); dos 6 estudantes que pontuaram grau severo de ansiedade, 6 apresentaram sintomas de estresse na fase de resistência (100,0%) e dos 6 estudantes que demonstraram grau severo de ansiedade, 3 apresentam sintomas de estresse na fase de exaustão (50,0%). Ao comparar os níveis de ansiedade com as três fases de estresse, houve uma significância estatística de ( $p \leq 0,01$ ), existindo assim, uma provável relação da presença de sintomas de estresse em estudantes que tem um grau elevado de ansiedade.



**Artigo**

Tabela 6. Teste Qui-Quadrado e valores de p para as variáveis do grau de ansiedade relacionadas às fases de estresse da amostra de estudantes universitários.

Variável	l	Ansiedade Mínima		Ansiedade Leve		Ansiedade Moderada		Ansiedade Severa		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	N	%		
		Fases 1	Alerta	1	3,8	5	26,3	12	52,2		
	S/sintomas	25	96,2	14	73,7	11	47,8	4	66,7	0	
Fase 2	Resistência	10	38,5	17	89,5	21	91,3	6	100,0	24,4	0,00**
	S/sintomas	16	61,5	2	10,5	2	8,7	0	00	6	
Fase 3	Exaustão	1	3,8	4	21,1	11	47,8	3	50,0	14,4	0,00**
	S/sintomas	25	96,2	15	78,9	12	52,2	3	50,0	8	

\*\*  $p \leq 0,01$

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo mensurar os níveis de estresse e ansiedade em estudantes universitários, bem como, compreender em quais momentos da formação acadêmica esses construtos se apresentam com mais frequência. Pode-se verificar através dos dados sociodemográficos que a maior parte da amostra apresentou-se, do sexo feminino, solteiros, católicos e com idades entre 16 a 50 anos.

De acordo com os resultados encontrados no que diz respeito a classificação da ansiedade entre os estudantes, pode-se observar na Tabela 2 que houve uma pontuação distribuída em todos os níveis de ansiedade, embora na sua grande maioria apresentaram-se entre os níveis mínimo e moderado. Dessa maneira pode-se perceber uma elevação dos sintomas de ansiedade entre os estudantes, sendo que além da pontuação nos demais níveis, (8,1%) da amostra, apresentou-se no nível severo. Esses sintomas ansiogênicos podem ser passageiras ou podem constituir uma maneira estável e constante de reagir e sua intensidade pode variar de níveis mínimos até níveis extremamente elevados (Batista & Oliveira, 2005).

Em relação as fases do estresse, houve uma pontuação em todas elas, porém em sua grade maioria os estudantes apresentaram-se nas fases alerta e resistência. Os



### Artigo

sintomas das fases de estresse podem se repetir em outros quadros, porém com intensidades diferentes (ASSIS et al., 2013). Dessa maneira pode-se observar na Tabela 4, que a fase do estresse onde os indivíduos pontuaram com mais frequência foi na fase resistência (73,0%). Esses dados corroboram com os achados na pesquisa de Mondardo e Pedon (2012), que relacionaram estresse e desempenho acadêmico com 192 estudantes universitários, constatando que nas fases de estresse a maioria encontra-se na fase de resistência (79%).

Esses resultados também podem ser observados na pesquisa realizada por Milsted, Amorim e Santos (2009), na qual participaram 117 acadêmicos de psicologia, apresentando uma pontuação maior na fase resistência 65,47%. Nessa fase o indivíduo automaticamente tenta lidar com os estressores de modo a manter sua homeostase interna, mas quando a pessoa não consegue alcançar o equilíbrio e os fatores estressantes são constantes ou intensos, há uma diminuição da resistência e o indivíduo passa à fase de exaustão (LIPP, 2003 apud ROSSETTI et al., 2008).

Ao ingressar no meio acadêmico, os estudantes universitários se deparam com uma grande mudança e adaptação na forma de estudo, onde há exigências do curso em relação à forma diferenciada de avaliações e cargas horárias a serem cumpridas. Já os alunos concluintes, enfrentam na reta final do curso, um momento de muitas cobranças, onde os indivíduos terão prazos para entrega de relatórios e trabalho de conclusão de curso, como também expectativas quanto à entrada no mercado de trabalho.

Pensando nisso levantou-se a hipótese de que, estudantes ingressantes são mais ansiosos e os concluintes mais estressados. Essa hipótese vai ao encontro dos achados de Costa e Oliveira (2015), em sua pesquisa realizada com 58 alunos universitários, ingressantes e concluintes do curso de psicologia, verificaram que entre os concluintes, 20,83% apresentaram sintomas de ansiedade leve, já os ingressantes pontuaram 25%. Com relação ao estresse, 33,33% dos concluintes evidenciaram sintomas na fase resistência, e os ingressantes 25%. Entretanto, o presente trabalho mostrou resultados contrários, sendo que ingressantes apresentaram-se mais estressados que os concluintes, e os concluintes mais ansiosos que os ingressantes, como demonstram as Tabelas 3 e 5. Mediante os resultados apresentados neste estudo, pode-se hipotetizar que talvez os mesmos tenham se apresentado desta maneira devido a pesquisa ter sido realizada entre os meses de Fevereiro e Março, onde os alunos se encontram em estabilidade emocional, sendo que no início dos períodos as cobranças são mínimas em comparação ao final. Dessa maneira, pode-se pressupor que nos finais de períodos esses níveis de ansiedade e estresse possam se elevar.



### Artigo

Frente aos resultados apresentados, pode-se observar que ao avaliar os sintomas de estresse e ansiedade individualmente a hipótese inicial não foi alcançada. Porém ao realizar uma relação entre os níveis de ansiedade e as fases do estresse, observa-se que, quanto mais se elevou os níveis de ansiedade, os indivíduos que anteriormente não apresentavam sintomas de estresse começaram a apresentar em algumas das suas fases (Tabela 6). No entanto, sugere-se, a realização dos testes de correlação e regressão em estudos posteriores, para melhor inferir a relação entre esses construtos.

Diante disso torna-se importante ressaltar as limitações do estudo, sendo que o mesmo contou com uma população de apenas 74 indivíduos, utilizando-se de um único instrumento para medir cada construto, um para ansiedade outro para estresse. Os instrumentos utilizados inferem os construtos no momento presente, assim como a frequência de duração dos sintomas nos últimos três meses, portanto, deve-se considerar que esses resultados podem variar, em pesquisas posteriores.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribuiu para aquisição de conhecimentos existentes na área e seus resultados corroboraram com alguns estudos encontrados e se contrapõe em relação a outros.

Por fim, após os resultados apresentados nesta pesquisa, pode-se perceber a necessidade de um apoio psicológico aos universitários, tanto os ingressantes, que estão vivenciando uma fase de adaptação, quanto os concluintes que estão em uma etapa de transição, da vida acadêmica para o mercado de trabalho. Diante desses resultados, propõem-se uma atenção mais centrada do curso de psicologia como um todo, assim como uma maior atenção e acolhimento da coordenação, no sentido de dispor momentos que possam mediar o desenvolvimento de mecanismos de defesa frente a fatores desencadeadores de ansiedade e estresse. Momentos esses que variam de atendimento psicológico, rodas de conversas sobre controle dos sintomas de ansiedade e estresse, e realização de dinâmicas de grupo em sala de aula, para prevenir que esses sintomas apareçam, ou reduzir os já existentes.



**Artigo**

**REFERÊNCIAS**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5. M. I. C. Nascimento (Ed.). Porto Alegre: Artmed.

ASSIS, C. L.; SILVA, A. P. F.; DE SOUZA LOPES, M.; SILVA, P. D. C. B.; SANTINI, T. O. Sintomas de estresse em concluintes do curso de psicologia de uma faculdade privada do norte do País. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, 2013; 21(1), 23-28.2013.

BATISTA, M. A.; OLIVEIRA, S. M. D. S. S. Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, 2005; 6(2), 43-50.

BENUTE, G. R. G.; NOMURA, R. M. Y.; PEREIRA, P. P.; LUCIA, M. C. S. D.; ZUGAIB, M. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2009; 55(3), 322-327.

CASTILLO, A. R. G.; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000; 22, 20-23.

CARVALHO, E. A.; BERTOLINI, S. M. M. G.; MILANI, R. G.; MARTINS, M. C. Índice de ansiedade em universitários ingressantes e concluintes de uma instituição de ensino superior. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2015; 14(3), 1290-1298.

COSTA, V. C. A.; OLIVEIRA, A. O. Estudo comparativo dos indicadores de sintomas de estresse e ansiedade entre estudantes entrantes e concluintes do curso de psicologia. **ANAIS SIMPAC**, 2015; 4(1).

CRUZ, C.; PINTO, J.; ALMEIDA, M.; ALELUIA, S. Ansiedade nos estudantes do ensino superior. Um estudo com estudantes do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu. **Millenium**, 2010; 223-242.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.





**Artigo**

- GOMES, G.; SOARES, A. B. Inteligência, habilidades sociais e expectativas acadêmicas no desempenho de estudantes universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2013; 26(4).
- LACERDA, A. N. **Indícios de estresse, ansiedade e depressão em estudantes universitários**. Monografia (Licenciatura em Pedagogia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015, 66 p.
- LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000.
- MONDARDO, A. H.; PEDON, E. A. Estresse e desempenho acadêmico em estudantes universitários. **Revista de Ciências Humanas**, 2012; 6(6), 159-180.
- MILSTED, J. G.; AMORIM, C.; SANTOS, M. Nível de estresse em alunos de psicologia do período noturno. In **Congresso Nacional de Educação**. PUC Paraná, Paraná. 2009.
- PEREIRA, D. S.; SOUZA, R. S. D.; BUAIZ, V.; SIQUEIRA, M. M. D. Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. **J. bras. psiquiatria**, 2008; 57(3), 188-195.
- ROSSETTI, M. O.; EHLERS, D. M.; GUNTERT, I. B.; LEME, I. F.; RABELO, I. S. A.; TOSI, S. M.; BARRIONUEVO, V. L. O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2008; 4(2), 108-120.
- SCHLEICH, A. L. R.. **Integração na educação superior e satisfação acadêmica de estudantes ingressantes e concluintes**. Dissertação de Mestrado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. 2006, 172p.
- MONTEIRO, C. F.; FREITAS, J. F.; RIBEIRO, A. A. P. Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2007; 11(1), 66-72.



**Artigo**

TORQUATO, J. A.; GOULART, A. G.; VICENTIN, P.; CORREA, U. (2015).  
Avaliação do estresse em estudantes universitários. **Inter Science Place**, 2015; 1(14).



**Artigo**

**O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE DOWN NO NÚCLEO FAMILIAR: UMA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA**

**THE IMPACT OF THE DIAGNOSIS OF DOWN SYNDROME IN THE NUCLEAR FAMILY: A PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE**

Daniela Ribeiro Barros<sup>1</sup>  
Ranieri Oliveira Vieira<sup>2</sup>  
Débora Najda de Medeiros Viana<sup>3</sup>  
Simone da Silva Cordeiro Davi<sup>4</sup>

**RESUMO** - Este estudo tem como objetivo geral identificar os impactos do diagnóstico da síndrome de Down no núcleo familiar, o tratamento ofertado, a inclusão social, bem como verificar a participação da família na reabilitação do seu filho. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, quanti-qualitativa e foi desenvolvido em uma instituição de amparo educacional para essas crianças na cidade de Patos - PB. A amostra é composta por dez mães que têm no seio familiar uma criança com a síndrome e que seja atendida na instituição participante. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, gravada e transcrita na íntegra pelo pesquisador, após autorização dos participantes. Os resultados foram avaliados por meio de análise de conteúdo de Bardin, sendo calculada, também, a frequência dos discursos

<sup>1</sup>Mestre em Psicologia (UFPB). Especialista em Psicologia Escolar (CINTEP). Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. Psicóloga Escolar da Prefeitura Municipal de João Pessoa- PB. E-mail: [daniela\\_ribeiro\\_barros@hotmail.com](mailto:daniela_ribeiro_barros@hotmail.com)

<sup>2</sup>Acadêmico do décimo período de bacharelado em Psicologia e pós graduando em Terapia Cognitiva Comportamental pelo Centro Educacional de Ensino Superior de Patos – LTDA. E-mail: [ranierioliveirapsico@gmail.com](mailto:ranierioliveirapsico@gmail.com)

<sup>3</sup>Mestre em Psicologia (UFPB). Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: [deboranajda11@yahoo.com.br](mailto:deboranajda11@yahoo.com.br)

<sup>4</sup>Mestre em Saúde Coletiva (UNISANTOS). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (Capacitar Centro Educacional). Docente do curso de Odontologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: [simone\\_rengaw@hotmail.com](mailto:simone_rengaw@hotmail.com)



### Artigo

mais relevantes dos participantes sobre cada questão abordada. Como resultados, observou-se que as mães vivenciaram impactos negativos no momento que receberam o diagnóstico do filho com síndrome de Down. Em torno de 60% das respostas das participantes afirmaram ter passado por momentos de choque e choro na descoberta do diagnóstico, 50% negaram o diagnóstico, não aceitando a síndrome, 30% disseram ter sentido grande tristeza e 10% afirmaram que vivenciaram pânico, preocupação financeira, sentimento de ter sido castigada e também afirmaram que se sentiram mal. A partir desses resultados, ressalta-se a importância do psicólogo como um suporte para as famílias cujos filhos apresentam alguma síndrome, visando uma atenção maior aos pais, acolhendo e esclarecendo melhor os aspectos relacionados ao desenvolvimento do seu filho. Acredita-se que a presença do psicólogo junto com a equipe multidisciplinar atuando na saúde mental contribui para amenizar o impacto do diagnóstico nos familiares, podendo dar suporte e apoio, ampliando e adaptando a família na sua nova rotina.

**Palavras-chave:** Síndrome de Down; impacto do diagnóstico; núcleo familiar.

**ABSTRACT** - This study aims to identify the General impacts of the diagnosis of Down syndrome in the family, the treatment offered, social inclusion, as well as verify the participation of the family in the rehabilitation of your son. This is a study of quantitative and qualitative descriptive nature, and was developed in an educational support institution for these children in the city of Patos - PB. The sample is composed of ten mothers have within familiar a child with the syndrome and that is met in the participating institution. The data were collected by means of a semi-structured interview, recorded and transcribed in full by researcher, after authorization of the participants. The results were evaluated through by analyzing the content of Bardin, being calculated, also the frequency of the most important speeches of the participants on each issue. As a result, it was observed that mothers have experienced negative impacts at the time they received the diagnosis of her son with Down syndrome. Around 60% of the answers of the participants claimed to have gone through moments of shock and crying in the discovery of diagnosis, 50% denied the diagnosis, not accepting the syndrome, 30% said felt great sorrow and 10% brought who have experienced panic, financial concern, feeling of having been punished and also stated that they felt bad.



### Artigo

From these results, it should be noted the importance of the psychologist as a support for families whose children exhibit some syndrome, aiming at a larger attention to the parents, and clarifying the aspects related to the development of your son. It is believed that the presence of the psychologist with the multidisciplinary team working in mental health contributes to ease the impact of the diagnosis in the family, and can give support, expanding and adapting the family in your new routine.

**Keywords:** Down syndrome; diagnostic impact; nuclear family.

## INTRODUÇÃO

A síndrome de Down é causada por uma alteração na formação genética, provocando atraso no desenvolvimento pleno da criança, comprometendo não apenas os aspectos físicos, como também o seu desenvolvimento mental e motor. Ocorre devido ao surgimento de uma alteração cromossômica e, segundo Mills e Schwartzman (1999), não tem como evitar o retardamento nos aspectos do seu desenvolvimento, além de provocar permanente déficit intelectual na vida do sujeito.

No momento da notícia do diagnóstico de um filho com síndrome no seio familiar, começam a existir situações delicadas, como rejeição e negação do filho. A falta de preparo e a informação transmitida de maneira inadequada contribuem para o surgimento de sentimentos desagradáveis nos familiares. Desta forma, devido às melhorias das pesquisas atuais, as alterações do feto são antecipadamente diagnosticadas através do acompanhamento pré-natal, com exames de ultrassom, de sangue e outros, ficando mais fácil detectar as alterações cromossômicas, possibilitando reduzir os impactos nos pais diante do nascimento da criança com síndrome de Down (NAKADONARI; SOARES, 2013).

A criança síndrômica apresenta alterações cromossômicas ainda na gestação e, estas, também podem ser identificadas após o nascimento. Através de análise das características do recém-nascido, podem ser identificados aspectos físicos diferenciados das demais pessoas, não tendo como caracterizar as dificuldades cognitivas que serão apresentadas. Sabe-se que o ambiente, a interação e a aceitação familiar vão contribuir para um melhor desenvolvimento da criança. Dentro desse processo, os pais tendem a ser de grande ajuda para a reabilitação do filho, fazendo-se participantes ativos no



### Artigo

conhecimento das necessidades do seu cotidiano (MOURA; LIMA; BORGES; SILVA, 2010).

A vinda de uma criança é um acontecimento de grande importância, e desde a sua concepção, ela já é depositária de uma série de expectativas. Contestar as perspectivas familiares deve ser de total ameaça para estas (POLITY, 2004).

Muitas vezes o filho é idealizado pelo pai, pela mãe e por toda família antes mesmo da sua concepção, tendo todas as suas características previamente estipuladas, e quando estas expectativas são contrariadas por um diagnóstico da síndrome, o filho real acarretará algumas frustrações. Neste momento, o impacto trás consigo um desmoronamento do que se tinha construindo, o medo do desconhecido, o choque da notícia, e a maneira como é dada a informação vai contribuir na forma como a família enfrentará esta situação.

Dentro do seio familiar, a chegada de uma criança com síndrome de Down modifica todo o sistema, desde o choque inicial proveniente do diagnóstico, podendo estabelecer aspectos desconhecidos e nebulosos na perspectiva dos pais sobre a criança, até uma reorganização da família, ressignificando a deficiência e aceitando suas limitações, buscando adaptações que minimizem as dificuldades encontradas pela criança ante seus genitores. Nesse sentido, questiona-se: este impacto pode ser realmente amenizado e/ou esclarecido de uma maneira que não cause tanto prejuízo aos pais e familiares?

Assim, cada caso terá sua particularidade, podendo gerar impactos, em especial, sobre os pais das crianças com a síndrome. Nesse direcionamento, este trabalho visa compreender o impacto causado pelo diagnóstico da síndrome de Down nos familiares, o tratamento ofertado, a inclusão social, bem como verificar a participação da família na reabilitação do seu filho.

Compreender o impacto do diagnóstico da síndrome de Down nos pais torna-se relevante para uma prática de maior qualidade e aprimoramento de todos aqueles profissionais que lidam com esta situação, visando fornecer informações concretas a respeito da Síndrome.

#### **Algumas questões sobre a síndrome de Down**

Estudos mostram que a primeira definição clínica da Síndrome de Down só foi feita em 1866, há quase dois séculos passados. John Langdon Down foi o pioneiro a



### Artigo

descrever as características de um indivíduo com esta síndrome, sendo ele levado por fortes influências da evolução dos seres, da sua época (SILVA; DESSEN, 2002; PINA, 2014). Mas, foi apenas em 1959 que Jérôme Lejeune fez a identificação de um cromossomo extra na formação genética das células humanas, mais especificamente no par 21. O que esta cópia extra de cromossomo provocará na estrutura do sujeito, dependerá da ampliação dessa cópia, da genética familiar da criança, além de fatores ambientais e outras probabilidades (PINA, 2014).

A maior parte dos eventos de síndrome de Down apresenta a denominada trissomia 21 simples, que quer dizer que há um cromossomo a mais presente em todas as células do organismo, devido a um erro na separação do cromossomo 21 em uma das células dos pais, sendo conhecida como disfunção cromossômica. Existem também outras maneiras do surgimento da síndrome de Down como, por exemplo, o mosaico, quando a trissomia está presente somente em algumas células, e por translocação, quando o cromossomo 21 está unido a outro cromossomo (OTTO, P.A; MINGRONI NETTO; OTTO, P.G, 2013).

Nos achados de Motulsky e Vogel (2013), os principais fatores clínicos da síndrome de Down são retardamento intelectual, baixa estatura, hipotonia, doença cardíaca, anomalias congênitas, entre outros. Já as características físicas mais comuns são: face arredondada e achatada, olhos pequenos, orelhas curtas, ponte nasal baixa, pescoço curto, entre outras, sabendo que as características variam de pessoa para pessoa.

De acordo com os dados do Movimento Down (2012), estima-se que no Brasil entre 700 nascidos vivos, um tenha a síndrome de Down. Levando em consideração essa estatística sobre a população brasileira, há aproximadamente 270 mil pessoas com alteração cromossômica proveniente da síndrome de Down. Nos Estados Unidos, por exemplo, a *National Down Syndrome Society* (NDSS) confirma que o percentual de nascimentos é de um para cada 691 crianças, o que equivale a uma população de cerca de 400 mil pessoas. Isso implica dizer que não há números precisos sobre a síndrome de Down, apenas estatisticamente, por meio de nascimento de uma população.

O diagnóstico da síndrome pode ser realizado ainda na gestação da criança, através de ultrassonografias, podendo mostrar possível probabilidade desta alteração genética. Outro exame é o da translucência nucal, que mede a quantidade do líquido na parte posterior do pescoço fetal, garantindo uma boa margem de precisão. Pessoas acima de 35 anos possuem fatores mais propensos para gerarem filhos com Down,





### Artigo

comparados às pessoas mais novas. Há também exames precisos cada vez mais comuns para diagnosticar esta síndrome antes mesmo do nascimento, que são: biópsia do viló corial e a amniocentese. Este último exame, avalia o líquido amniótico e pode ser feito a partir do quarto mês de gravidez; já o primeiro, é a retirada de uma amostra da placenta, podendo ser feita um pouco mais cedo, já na décima semana de gravidez. Vale salientar que ambas as formas de diagnóstico são invasivas e de risco, e só devem ser utilizadas apenas em casos de extrema necessidade (Movimento Down, 2013).

No Brasil, alguns laboratórios oferecem exame hematológico que faz a análise cromossômica. Este tipo de teste ainda não é acessível, tendo um custo bem elevado. O procedimento de coleta é realizado e enviado para análise nos Estados Unidos, onde é feito o procedimento no material coletado retirado do feto, que circula no sangue da mãe (Movimento Down, 2013).

As formas de tratamento abrangem várias profissões que são de grande ajuda para o desenvolvimento de crianças nascidas com síndrome de Down, como médicos, fisioterapeutas, psicólogos, pedagogos, fonoaudiólogos, dentre outros. Cada um possibilitará suporte, que auxilia no desenvolvimento do portador desta síndrome, assim como a família, especificamente os pais, o meio que este indivíduo encontra-se inserido, sua socialização e adequações educativas que este recebe. O desempenho dos profissionais de saúde com a ajuda dos pais da criança deve ocorrer no sentido de esclarecer e exercitar precocemente os estímulos adequados, sendo de grande importância para um melhor desenvolvimento da mesma (NUNES; DUPAS; NASCIMENTO, 2011).

Diante dos estudos de Oliveira (2013), a chegada de um bebê com necessidades especiais tem sido uma experiência singular nos membros familiares, decorrente de adaptação dos mesmos tanto coletivamente como individualmente, havendo uma mudança em sua rotina. Ela ainda acrescenta que são mudanças imprevistas acarretando alterações na dinâmica e no processo familiar.

São muitos os problemas enfrentados pelos pais de crianças com alguma deficiência física ou mental. Os cuidados são redobrados diante das circunstâncias e a própria personalidade da criança pode desencadear, no meio do grupo, frustração e negação ao encarar a realidade. O preconceito social também faz parte desta nova adaptação familiar. Compreende-se que os problemas são reduzidos quando os pais estão conscientes e preparados para enfrentar as limitações do portador da síndrome (PAIVA; MELO; FRANK; PAES, 2012).



### Artigo

Nesta situação, a vinda de um filho com síndrome de Down para a família exige dos pais medidas de enfrentamento, necessitando de maiores esforços em virtude do retardo mental, das limitações no seu desenvolvimento e percepção cognitiva em atraso, necessitando de muito mais tempo no desenvolvimento de atividades como, por exemplo, andar, falar, controlar a coordenação motora, perceber e entender as demais coisas a sua volta. Em todo momento existirá sua limitação, que pode trazer impacto sobre a família, e principalmente sobre os pais (HENN; PICCININ; GARCIAS, 2008).

Na concepção de Guerra, Dias e Ferreira Filha (2015), entre os genitores de uma criança com necessidade especial, a mãe, por ser mais presente no cuidar do filho e em acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, carrega consigo uma carga maior no impacto da notícia de uma criança com alguma deficiência, chegando a perder a confiança em si, passando a ter sentimentos como tristeza, desamparo e solidão. Além disso, altera os procedimentos no seu cotidiano, afrontando esta condição bem distante de sua realidade, na qual desperta sentimentos duvidosos diante da criança. Neste aspecto, é de suma importância esclarecer sobre a existência de poucos estudos relacionando à visão do pai.

Por estes e outros motivos, a família é impactada com a notícia do diagnóstico da síndrome de Down. O medo do desconhecido leva os pais a pensamentos desestruturados, perante os problemas de rejeição encontrados através do choque inicial do nascimento de uma criança com necessidades especiais, causando-lhes sofrimento (TORQUATO, et al, 2013).

Mesmo com a probabilidade do diagnóstico da síndrome de Down, o filho idealizado passa a existir, os pais imaginam características e semelhanças próprias e sem problemas de saúde. Ao nascer, o bebê que antes era idealizado se difere daquele que veio ao mundo, passando, do imaginário, ao filho real. Em certo ponto há um consentimento ou uma negação neste momento de estabelecimento de vínculos entre pais e filho (SUNELAITIS; ARRUDA; MARCOM, 2007).

Há uma angústia pela perda, sendo este um dos momentos de maior dificuldade vivenciado pelos pais. Enfrentar a morte do filho que tanto foi imaginado e lidar com uma criança que nem se parece com as características descritas pela normalidade que a sociedade impõe (GUERRA, ET AL, 2015), pode ocasionar problemas de aceitação social e de vínculos afetivos de paternidade.

Com relação a isso, segundo os estudos de Cunha, Blascovi-Assis e Fiamenghi Júnior (2010), são cinco os momentos de enfrentamento que os pais e familiares passam



### Artigo

de início. O choque da notícia, onde os pais encontram-se sem amparo para lidar com a situação é o primeiro. O estado de negação configura-se como o segundo momento, onde os pais buscam, de alguma maneira, desacreditar que seu filho tenha alguma anormalidade. A tristeza e a raiva tomam de conta do terceiro momento; neste período muita ansiedade surge em pensamento das possibilidades de incapacidade da criança. No quarto momento, os pais procuram adaptar-se às subjetividades do filho e, por isso, há uma aproximação entre os mesmos. Por último, não só os pais como todos os membros do grupo familiar procuram uma reestruturação e reorganização aceitável.

É válido ressaltar que muitos destes momentos de impacto devem e podem ser evitados ou amenizados, se a informação do diagnóstico for transmitida de forma coerente pelo médico ou um profissional que esteja apto para tranquilizar e clarear os aspectos da síndrome. O que vem acontecendo muitas vezes, é a falta de conhecimento e despreparo do profissional da saúde, fazendo com que a notícia seja transmitida de forma inadequada sem perjuízo de valores emocionais aos pais com inserção da criança (CAVALHEIRO, 2016).

Cabe ao psicólogo este papel de acolhida, já que é o profissional de maior habilidade neste momento de sofrimento do outro, para que se possa promover uma escuta para os pais e demais membros da família da criança. Esse profissional deve contribuir para a busca de uma maneira de prevenir os impactos causados pelo diagnóstico da síndrome de Down. Unida a uma rede de apoio, o psicólogo realiza seu trabalho, mantendo o foco na percepção cognitiva dos pais, relacionando a notícia (STEDILE; DA SILVA; HARTMANN, 2013).

Para Rodriguez (2006), a aceitação dos pais junto ao nascimento do filho com Down, passa pela vivência da tristeza, pela perda do filho idealizado, abrindo assim, caminho ao filho real. Nesta visão, o profissional com capacidade específica, que ocupa o espaço de escuta terapêutica, é o psicólogo.

O trabalho do psicólogo junto com o seu paciente é de beneficiar as relações, mostrar quem é a criança, esclarecendo assuntos antes desconhecidos, preparando a perda do filho idealizado e possibilitando um ambiente propício, permitindo explicar aos pais que a criança não se resume apenas à síndrome, mas mostrando suas limitações e capacidades, revelando que através de estímulos e incentivos, a criança pode alcançar as atividades desempenhadas, superando a dor e a tristeza e desmistificando aspectos sobre a síndrome de Down (CUNHA, et al, 2010).



## Artigo

### PERCURSO METODOLÓGICO

#### Tipo de estudo

Este estudo é de caráter quanti-qualitativo, de natureza descritiva, tendo esta por finalidade observar e registrar as reações dos pais quanto ao diagnóstico da síndrome de seu filho.

#### Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma instituição que presta acompanhamento educacional a crianças excepcionais do município de Patos – PB.

#### Participantes

Participaram da pesquisa dez mães que têm pelo menos um filho com o diagnóstico de síndrome de Down. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: mães de crianças com síndrome de Down que possuam um filho matriculado na instituição e que tenham recebido o diagnóstico. Como critérios de exclusão: as famílias que possuem uma criança que apresente, além da síndrome de Down, outros diagnósticos associados, como paralisia cerebral, autismo, cardiopatias graves e outras síndromes.

#### Instrumentos

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi uma entrevista semiestruturada guiada por um roteiro de acordo com o tema proposto neste trabalho. As entrevistas foram gravadas com a permissão das entrevistadas e, posteriormente, foram transcritas na íntegra pelo pesquisador.

#### Procedimentos e aspectos éticos

Este estudo segue as orientações da resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), que normatiza sobre a ética na pesquisa com seres humanos.



### Artigo

humanos. Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, com o Parecer de Número 2.081.839.

Após a aprovação do comitê de ética, a pesquisa teve início mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo o título da pesquisa, informações sobre a liberdade de participação e esclarecimento acerca de andamento do estudo, garantindo-se o anonimato dos participantes envolvidos.

Além disso, foi solicitada previamente a autorização para utilização do espaço para realização da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Autorização Institucional pela diretoria de instituição de atendimento aos portadores da síndrome.

### Análises dos dados

Após a coleta dos dados foi realizada uma análise de conteúdo (BARDIN, 2011), tendo como objetivo avaliar o que há de mais expressivo no discurso das participantes. As entrevistas foram ouvidas, transcritas e analisadas comparando seus achados à literatura na área.

Foram criadas categorias e subcategorias a partir das respostas das participantes nas entrevistas, considerando-se a frequência das respostas para esta construção.

Dentro do processo de análise de conteúdo, Bardin (2011), mostra as suas fases, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Assim, este estudo faz uso de um processo de quatro etapas: a primeira etapa é a leitura flutuante, onde estabelece o contato com as informações colhidas e busca-se um entendimento do material que o pesquisador tem em seu poder para que então possa realizar a escolha dos documentos. A segunda etapa consiste na demarcação do que será analisado; por meio desta leitura também ocorre a formulação das hipóteses e dos objetivos. A terceira etapa consiste na elaboração de indicadores e a quarta e última etapa envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise. Após a análise realizada, foi possível elaborar tabelas contendo as categorias e subcategorias mais frequentes, demonstradas, a seguir nos resultados.



## Artigo

### RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise das entrevistas das mães que tem crianças com síndrome de Down permitiu a construção de 10 categorias, cada um contendo suas subcategorias. Esses resultados serão apresentados por meio de tabelas contendo as frequências que compuseram a construção das subcategorias. É importante mencionar que, em alguns casos, foram consideradas mais de uma resposta para a mesma questão, sendo, portanto, computadas todas elas. Nesses casos específicos, os dados são considerados não-excludentes e ultrapassam 100%. Todas as tabelas serão sinalizadas quanto à indicação desses casos. A seguir, será discutida a primeira categoria que versa sobre o significado de ter um filho com síndrome de Down.

Tabela 1 – Significado de ter um filho com síndrome de Down

Categoria	Subcategorias	%
Significado de ter um filho com síndrome de Down	Significados Positivos	73%
	Atribuição Divina	18%
	Significados Negativos	9%

A tabela 1 expõe os dados sobre o significado de ter um filho com síndrome de Down. Nela, pode-se observar que entre as mães que participaram da entrevista, 73% atribuem significados positivos, afirmando que ter um filho com síndrome de Down é algo precioso e que não vivem mais sem a criança. 18% das mães trouxeram atribuições divinas dizendo que é uma bênção ter um filho assim. No que se refere às representações negativas, 9% relataram causar preocupação, gerar dificuldades e tristeza. Esses resultados podem ser observados nas seguintes falas das participantes:

*“Eu me sinto feliz, porque foi Deus que me deu. Assim eu agradeço muito a Deus pelo filho que ele me deu, hoje eu não vivo sem ele, ele é tudo que eu tenho na vida”. (Mãe 5)*

*“Para mim ele é tudo na minha vida, e que Deus me livre de ficar sem ele, eu amo o meu filho”. (Mãe 10)*





### Artigo

*“Para mim, tenho muitas dificuldades com ele, mas tudo bem, eu sei que essas coisas fazem parte da vida”. (Mãe 4)*

De acordo com a literatura, guiado pelo princípio das relações familiares que constitui suporte de acolhimento emocional transmitindo afetividade entre os sujeitos de seu convívio, chega a ser básico sentir uma rejeição no início do diagnóstico de uma síndrome no filho. Com o passar do tempo, perde espaço para o sentimento de aceitação devido a uma busca pelo desenvolvimento do filho que venha a proporcionar conquistas e diminuir as decorrências com relação ao destino deste (TRINDADE, 2004). Tais achados indicam que há uma aceitação da situação apresentada após a tristeza vivenciada inicialmente pelos familiares no momento do diagnóstico. Tal fato ocorre em virtude da busca de uma melhor qualidade de vida para o filho em decorrência do estabelecimento de um vínculo afetivo entre pais e filho.

Diante dos discursos das mães sobre o significado de ter um filho com síndrome de Down, percebeu-se ainda a representação da síndrome de Down em si, desfocando da criança como representação de filho e focando em aspectos direcionados à própria síndrome. Tais representações demonstram aspectos de negação e rejeição da síndrome para as mães, como: “uma pessoa que não entende”, “é uma doença”, “uma pessoa inválida”, “lenta para aprender e desenvolver”, “é uma deficiência”, “é uma pessoa anormal”.

Tais representações corroboram com os estudos de Rooke e Silva (2016), quando falam sobre os períodos ruins, vivenciados pelas famílias que possuem um membro com síndrome de Down. Ainda segundo esses relatos, o reconhecimento da síndrome parece não ser uma dificuldade em si, e sim as representações negativas surgem associadas aos problemas de saúde que a síndrome acarreta no indivíduo.

Tabela 2 – Descoberta do diagnóstico da síndrome de Down

Categoria	Subcategorias	%
Descoberta do diagnóstico da Síndrome de Down	Após o Nascimento	90%
	Durante a Gestação	10%

A tabela 2 demonstra o momento de descoberta do diagnóstico da síndrome de Down. Nela, é possível observar que a maioria das mães recebeu o diagnóstico da





### Artigo

síndrome de Down após o nascimento da criança, precisamente 90% dos casos, e apenas 10% foram informadas durante a gestação, há um mês antes do parto, segundo relatos das entrevistas. Os profissionais que informaram o diagnóstico foram médicos pediatras, enfermeiros e/ou outro profissional que esteve presente naquele momento. A procura do psicólogo só foi solicitada alguns dias depois da notícia, momento este que, muitas vezes, a genitora encontrava-se angustiada ou não aceitando o filho com síndrome de Down.

Evidenciou-se no estudo, mesmo sem constar na tabela, que 70% dos casos informados sobre a síndrome do filho foram feitos ainda na maternidade e 30% só dias depois, quando já se encontravam em casa com a criança, sem os cuidados médicos. Podemos atribuir esses resultados de descoberta após o nascimento do filho devido à falta de conhecimento das entrevistadas sobre o assunto, ou ainda, à falta de acompanhamento pré-natal. As falas a seguir exemplificam os resultados revelados:

*“só porque eu fiz exame de sangue nele, fiz depois, depois que ele nasceu, quando eu estava grávida não fiquei sabendo, só depois que ele nasceu, fiz o teste do pezinho nele, eu tenho toda documentação dele sabe, dizendo o que ele é o que é”. (Mãe 1)*

*“Foi já no último mês de gestação, quando bateu a ultrassom, hoje já tem a ultrassom que mostra a criança com Down no ventre, mas na época na tinha, disseram que possivelmente ele iria nascer com problema, só que poderia dizer quando ele nascesse que ele fizesse o exame que se chama cariótipo”. (Mãe 2)*

*“No começo da gravidez eu não sabia, eu vim saber depois que ele nasceu, foi um choque pra mim, eu chorei muito, mas depois o médico me explicou. Graças a Deus é uma bênção!” (Mãe 4)*

É importante ressaltar que esses resultados apresentados não acompanharam a literatura, que identifica maiores números de mães que são informadas do diagnóstico do filho ainda na gestação. A informação do diagnóstico da síndrome de Down nos dias atuais vem sendo antecipada devido à existência de exames mais específicos ainda na gestação, um deles é o cariótipo (CUNHA; BLASCOVI-ASSIS; FIAMENGHI JÚNIOR, 2010).



### Artigo

Considerando que o presente estudo foi desenvolvido no interior do Estado e, mediante os resultados obtidos, alerta-se para a necessidade da ampliação ou até mesmo da conscientização para a necessidade do acompanhamento pré-natal em gestantes nos locais afastados dos grandes centros, contribuindo para uma gestação mais saudável, bem como para o diagnóstico precoce de possíveis doenças nos bebês, diminuindo as consequências para as crianças, em virtude da realização de um acompanhamento já nos primeiros meses de vida.

Tabela 3 – O impacto do diagnóstico da síndrome de Down

Categoria	Subcategorias	%
O impacto do diagnóstico da síndrome de Down	Choro	60%
	Negação	50%
	Tristeza	30%
	Dificuldades e pânico	10%
	Sentimento de castigo	10%

Nota: Dados não-excludentes.

Para a construção da tabela 3 foram consideradas mais de uma resposta por cada participante ante suas reações frente ao diagnóstico da síndrome de Down, portanto, os dados ultrapassaram os 100%, tornando-se assim dados não-excludentes. De acordo com esta tabela que apresenta o impacto vivenciado pelas mães diante do diagnóstico da síndrome de Down, observam-se reações negativas, representadas por todas as participantes. Destas, 60% das respostas afirmam que houve choque e choro com a notícia do diagnóstico; outras 50% das respostas referem-se à negação do diagnóstico; assim como 30% relataram muita tristeza no momento em que foram informadas. Outras respostas que obtiveram 10% foi preocupação financeira, sentimento de ser castigada e pânico. Além disso, uma mãe afirma que adoeceu três meses após o diagnóstico do filho. A seguir, serão apresentadas algumas falas das entrevistadas sobre essa categoria.

*“Doente! Me senti doente que ainda hoje sou, pois é, agora essa história, pois eu tenho esse problema até hoje, deste do dia que fiquei sabendo”. (Mãe 1)*

*“Eu fiquei surpresa não sabia o que fazia na hora. Na mesma hora eu comecei a chorar muito, na minha mente era uma doença, só depois*



### Artigo

*eu descobrir que não era uma doença, aí veio à felicidade quando descobri que não era doença”. (Mãe 3)*

Nos achados de Cunha, Blascovi-Assis e Fiamenghi Júnior (2010), no momento em que as mães têm o impacto do diagnóstico da síndrome de Down, se forma um marco familiar que vai ser apontado por meio de cinco estágios, sendo eles o choque da notícia, a negação que surgiu como uma tentativa de fuga. A tristeza chega a ser citada como um estágio de emoção intensa, seguida pelos momentos de adaptação dos pais e uma reorganização da família. Assim, tais características corroboram com os achados nesta pesquisa.

Diante dos resultados dos impactos do diagnóstico da síndrome de Down, podemos destacar algumas falas do momento em que os pais receberam a notícia da síndrome no filho. Entendemos que muitos profissionais não estão preparados para a situação específica e acabam dificultando o momento vivenciado pela mãe com relação ao filho. Vejamos:

*“foi quando eu estava na maternidade, só fiquei sabendo depois que ele nasceu, foi a médica que me disse, depois de três dias foi que ela falou pra mim. Foi muito difícil pra mim, quando ela falou pra mim que ele era assim, deu um choque muito grande, eu não sabia o que fazer. Chorei muito!” (Mãe 5)*

*“é, quando ele nasceu que passou mais ou menos umas três horas, a enfermeira veio até onde eu estava e deu a notícia, mas não disse que era Down, nem o médico, nem ele, nem ninguém disseram. Aí ela chegou depois e disse que minha filha não era normal, que ela tinha problemazinho, foi como ela disse. Aí ela disse que meu filho era meio assim, bestinha, como que é meio doentinho, ela falou assim. E o médico também não veio onde eu estava só vim saber que ela era Down, quando eu peguei que eu vi o jeito”. (Mãe 6)*

*“quando ele nasceu eu fiquei internado por uma semana, e depois voltei pra casa. Mas quando ele nasceu foi, foi que eles disseram: olhe mãe, possivelmente seu filho é, vai ser ele tem uma deficiência da síndrome de Down, a deficiência de síndrome de Down, e só pode constatar com o exame cariótipo”. (Mãe 2)*



### Artigo

A conduta usada pelos profissionais no momento de informar o diagnóstico da síndrome de Down pode contribuir para a reação dos pais. O desconhecimento e/ou despreparo por parte de alguns profissionais no momento da notícia, pode causar nos genitores, reações de rejeição na adaptação afetiva dos pais e filho (CAVALHEIRO, 2016).

Tabela 4 – Reações dos familiares quanto ao diagnóstico

Categoria	Subcategorias	%
Reações dos familiares quanto ao diagnóstico	Positivas	67%
	Negativas	33%

A tabela 4 mostra as reações dos familiares quando foram informados sobre o diagnóstico da síndrome. Muitos trouxeram fatores positivos representados por 67% das respostas das mães, não tendo a síndrome com um problema, dando total apoio e 33% foram aspectos negativos de rejeição, indiferença e preocupação, podendo-se observar diante das falas a seguir:

*“Não disseram nada, o esposo pelo menos não estava nem aí, não disseram nada, ficaram todos calados. Essa gravidez minha, eu penso assim, foi a minha vontade, por ele eu tenho certeza, não foi da vontade dele eu sentir, eu via isso nele”. (Mãe 5)*

*“Eles ficaram felizes e aceitaram normalmente, me ajudaram, gostam muito do meu filho, e hoje é que gostam dele”. (Mãe 7)*

*“Até hoje eu nem sei dizer, eles aceitam, só que eu sinto que não é aquela coisa normal, sempre tem um olhar de coitadinho, sabe como é? Mesmo assim hoje não ligo mais, o que importa é que ele é meu filho e que eu amo muito ele”. (Mãe 10)*

Segundo Nunes, Dupas e Nascimento (2011), na família que possui uma criança com alguma síndrome há uma carga extra em todas as esferas, como: financeira, psicológica, física e social, maiores cuidados e preocupação com a aprendizagem da criança; é por meio desta preocupação com o desenvolvimento que os familiares são impactados.



### Artigo

Assim como os pais, os familiares também necessitam ser orientados para não manterem o foco na síndrome, esquecendo-se da criança, agindo para um desenvolvimento de maneira negativa (FERREIRA, 2015).

Tabela 5 – Categoria: Tratamento da síndrome de Down na rede pública

Subcategoria: Fatores Negativos	%	Subcategoria: Fatores Positivos	%
Variáveis		Variáveis	
Há Dificuldades	60%	Atendimento Médico	40%
Muito Complicado	40%	Fez Fisioterapia	30%
Não Procuo	20%	Fez Fonoaudiólogo	30%
Não atende às Necessidades	10%	Enfermeiro e Psicopedagogo	10%
Total	130%	Total	110%

Nota: Dados não-excludentes.

A tabela 5 apresenta dados não-excludentes sobre o tratamento da síndrome de Down na rede pública, representados pelas subcategorias Fatores Negativos e Fatores Positivos. Entre os fatores negativos, 60% das respostas citadas pelas mães se referem às dificuldades para obter os atendimentos, 40% falaram que é muito complicado para conseguir vagas e que muitas vezes, ficam em uma lista de espera e não são chamadas, 20% não procuram o serviço por achar complicado e, 10% disseram que o serviço não atende às suas necessidades, quando solicitados. Já com relação aos fatores positivos, esses são assim considerados em virtude de 40% fazerem atendimentos médicos de rotina com os filhos, 30% relataram que na primeira infância do filho, este teve acompanhamento com fisioterapeutas e fonoaudiólogas e 10% fazerem rotinas com enfermeiros e psicopedagogos.

Podemos entender que o sistema de saúde nacional apresenta falhas tanto nos serviços oferecidos, como na falta de informação por parte dos pais na busca pelos serviços oferecidos. O número de vagas para atendimento é limitado diante da demanda que surge, e o tempo de espera para a consulta também consiste em uma queixa constante. Muitos pais procuram o atendimento e permanecem na lista na espera aguardando para iniciarem o tratamento. Conforme exemplificado nas seguintes falas:

*“Muito devagar, as coisas nunca acontecem, uma coisa que tem que ser feita de urgência, nunca faz, chega ser muito devagar, às vezes temos que pagar do próprio bolso, porque se for esperar não sai, eu*



### Artigo

*procurei a secretaria pra fazer os exames dele, agora nunca tem um acompanhamento, assim para desenvolver ele mais ainda né”. (Mãe 7)*

*“É complicado, têm que correr muito pra conseguir alguma coisa, eu sinceramente consegui atendimento pra ele por causa do conhecimento, porque se fosse pra depender da lista de espera nunca chegaria o atendimento, ou se não, quando chegasse já não adiantava tanto para uma criança que precisa de estimulações diárias”. (Mãe 9)*

De acordo com Marques e Lima (2007), mesmo considerando as mudanças ocorridas tanto na estrutura como nos procedimentos de saúde, o sistema não consegue suprir as demandas recorrentes da sua procura. (MARQUES; LIMA, 2007).

Tabela 6 – Medidas de reabilitação do filho com síndrome de Down

Categoria	Subcategorias	%
Medidas de reabilitação do filho com síndrome de Down	Não fazem reabilitações	60%
	Reabilitação Médica	40%

A tabela 6 mostra as medidas de reabilitação que as crianças com síndrome de Down então participando no momento. Percebe-se que 60% das mães desse estudo não procuram inserir o filho em atividades complementares de reabilitação; por outro lado, 40% das mães falaram que uma vez por mês vão ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para avaliação médica e solicitação de prescrições medicamentosas que a criança faz uso. Vejamos a seguir as falas das entrevistadas.

*“Ele está precisando de fono e, aí ele vai uma vez por mês no CAPS, agora não sei que ele recebe ajuda, a psicopedagoga disse que ele estava precisando de estimulação. Ele não fala muita coisa, não fala muito bem, tem coisa que entendemos o que ele que dizer, já tem coisas que temos que ficar perguntando, é o que? você quer o que?”. (Mãe 4)*

*“O acompanhamento dele sempre foi aqui mesmo, nunca foi em outro lugar, não tive ajuda pra fazer as coisas que ele precisa, no meu*





### Artigo

*tempo assim nem tinha muita coisa pra fazer né, hoje a gente sabe que eles precisa fazer muitos exames, assim por isso ele não chega a fazer nada, ela não faz essas coisas que você falou agora né (fisio, fono, terapia), até porque eu nem sabia né, que precisava disso”. (Mãe 7)*

*“Ela não faz acompanhamento nenhum, só na APAE é que ela faz alguma coisa, ela não estuda, não faz fonoaudióloga, ela não fala, mas também não faz. E quando eu ia atrás de uma vaga a menina falava que não tinha mais vagas, sempre é assim”. (Mãe 8)*

Tais achados corroboram os estudos de Ribeiro, Barbosa e Porto (2011) quando afirmam que devido às limitações no desenvolvimento crônico, essas crianças com a síndrome necessitam de medidas de intervenção que distinguem as diferenças e desenvolvam suas qualidades.

Tabela 7 – Contribuição das mães para a reabilitação do filho

Categoria	Subcategorias	%
Contribuição das mães para a reabilitação do filho	Não contribuem	90%
	Contribuem	10%

A tabela 7 nos traz dados sobre as contribuições das mães para a reabilitação do filho com síndrome de Down. Como podemos observar na tabela acima, 90% das mães entrevistadas afirmaram que não contribuem para o desenvolvimento do filho dentro de suas limitações e necessidades, e apenas 10% delas, contribuem para um melhor potencial e desenvolvimento da criança. Isso corresponde a uma falha no aprimoramento de suas potencialidades.

Ainda dentro desse tema, mas não exposto na tabela, foi observado que apenas uma das mães relatou procurar a escola de ensino regular como uma medida de reabilitação para o filho e as demais se restringiram apenas à inserção da criança com síndrome em uma escola de inclusão especial buscando a reabilitação e o desenvolvimento da aprendizagem desta. Vejamos nas descrições das falas a seguir:

*“Como eu contribuo? Não muito neste sentido aí que você falou tipo fono, psicólogo, não eu não levo, assim ele já está aqui na APAE e sempre quando ele precisa de alguma coisa, eles me falam, saio com*





### Artigo

*ele, deixo participar de muitas coisas daqui, em outro canto não muito, muito não, agora ele depois que veio pra aqui né? ele já aprendeu muito, ficou mais sabido, mais assim como eu posso dizer, esperto, isso”. (Mãe 3)*

*“Assim, eu levo pra escolinha e ele também faz atividades aqui (APAE), que ajuda ele e muito. Agora não mais, quando ele era bem mais novo eu procurei levar pra esses médicos que você falou aí, só que muitas das vezes era muito difícil conseguir vagas, sempre quando eu chego pra fazer a ficha dele e atendente dizia que já não tinha mais vagas, que o nome dele iria ficar na lista de espera, agora nunca chamava”. (Mãe 10)*

Perante esses resultados, pode-se ressaltar a necessidade de uma junção entre a criança, os familiares e uma equipe multiprofissional para estabelecer o cuidado necessário para essas crianças, a exemplo de clínicas, terapeutas, psicólogos e educadores (RIBEIRO; BARBOSA; PORTO, 2011). Ainda, para esses autores, precisa-se de uma adaptação dos clínicos com as práticas na saúde e educação.

Tabela 8 – Percepção das mães sobre a exclusão social do filho com Síndrome de Down

Categoria	Subcategorias	%
Percepção das mães sobre a exclusão social do filho com Síndrome de Down	Existe Exclusão	70%
	Não Existe Exclusão	30%

A tabela 8 mostra a percepção das mães sobre a exclusão social da criança com síndrome de Down. Mesmo diante de uma sociedade que luta pela igualdade e se dizendo sem preconceitos, obtivemos 70% das mães entrevistadas afirmaram ter vivenciado momentos de exclusão social com seu filho e apenas 30% disseram que não existe a exclusão com suas crianças. Observou-se nas falas das participantes que os aspectos de exclusão sempre vêm seguidos de uma história que o sujeito passou e, na ausência de exclusão, surgem respostas mais relacionadas aos sentimentos dos outros para com a criança sindrômica, conforme pode ser observado nas falas a seguir.



### Artigo

*“Olha realmente há sempre aquele preconceito, há sempre aquele preconceito mesmo nas instituições que eles têm às vezes, que é permitido, que é deles, há sempre aquele preconceito, e eu já sofri muito mesmo, agora como eu disse a você, eu não ligo aí eu digo por que você acha que ele é diferente, você está pensando que ele é o que? Eu já sofri muito preconceito com ele pequeno que eu cheguei à escolinha eu pagava que era particular, ela colocou ele pra dormir no chão limpo debaixo das carteiras pra não ficar perto das outras crianças, pra não machucar as outras crianças, mas ele era menor, então tudo isso eu já passei, por isso tem muito preconceito e que acabam por excluindo eles das outras”. (Mãe 2)*

*“Tem muita gente que chama de mongoloide, às vezes eu chego com ele nos cantos, aí alguém sempre diz, ele é mongoloizinho é? muita gente, que é gente imbecil isso né, eu chamo de imbecil isso, porque uma criança que se brincar é mais esperta que uma normal, aí pra não brigar né, eu prefiro ficar calado”. (Mãe 3)*

*“Não! Graças a Deus, ele é muito querido, aonde ela chega o povo quer bem a ele, entende o jeito dele, sabe que ele é uma pessoa especial, tem todo cuidado com ele, ele sai muito comigo, aí eu vejo isso”. (Mãe 4)*

Na sociedade atual, muitos sujeitos são vítimas de preconceitos, ficando excluídos de vagas de trabalho, por possuírem alguma deficiência. Essa exclusão social não é recente quando se tratam de indivíduos que têm necessidades especiais. Pessoas com deficiência sempre foram tolhidas de sua liberdade na sociedade que se encontram inseridas. Para Maciel (2000), esses indivíduos sempre foram alvos de atitudes preconceituosas e atos de crueldades.

Tabela 9 – Contribuição das mães para a inclusão social do filho

Categoria	Subcategorias	%
Contribuição das mães para a inclusão social do filho	Inclusão Social	54%
	Não contribuem para a inclusão	31%
	Inclusão Escolar	15%



### Artigo

A tabela 9 é referente às contribuições das mães para a inclusão social dos filhos com síndrome de Down. Como observado na tabela 9, 54% das mães afirmam que incluem o filho em alguma atividade que envolva o meio social do seu convívio, 31% dizem que não contribuem para essa inclusão afirmando terem medo da rejeição da sociedade, já 15% das participantes ressaltaram que matricularam seu filho em escola de ensino regular como meio de inserção social. As falas a seguir demonstram esses achados:

*“Procurando meios pra ele estudar nas escolhas, colocando ele pra estudar, levando ele para casa dos familiares né? e foi quando eles foram aceitando né? porque no começo, a gente ver né? hoje já é mais tranquilo sobre isso, na escola eu inserir ele já pra ele ir se adaptando, e eu procuro levar sempre que posso comigo. Muita vez eu sei que eu chego num canto, aí tem pessoas quem ficam com um olhar diferente, aquele olhar sabe?”. (Mãe 2)*

*“Não deixo muito com os outros, porque quando tem muita gente ele fica agitado, ele é daqueles que gostam de ficar reservado. O lugar que ele vai comigo é pra igreja, tirando disso ele não sai muito, há não ser aqui na APAE, a conversa dele é mais comigo dentro de casa, e pra outros lugares ele não vai”. (Mãe 7)*

*“Procuro sair sempre com ele, para que ele tenha contato com outras crianças e a minha decisão de colocá-lo em uma escola regular, já pra ele ter mais contato com outras crianças, e ele supre se adaptou na escolinha, fico muito feliz por isso e outras coisas que ele consegue fazer, que muitas das vezes pensamos que ele não seria capaz”. (Mãe 9)*

De acordo com Souza, Pimentel e Gasparini (2001), quando crianças com síndrome de Down interagem com outras crianças, quando é incluída nas atividades sociais e no processo educacional essa relação forma a identificação do sujeito com o mundo, possibilitando-lhe um bom desenvolvimento. Elas estão sujeitas à influência precoce, podendo vir dos familiares e/ou dos profissionais e qualquer retrocesso no seu desenvolvimento pode trazer danos nas perspectivas dos familiares.



**Artigo**

Tabela 10 – Expectativas quanto ao futuro do filho com síndrome de Down

Categoria	Subcategorias	%
Expectativas quanto ao futuro do filho com síndrome de Down	Perspectivas Positivas	80%
	Perspectivas Negativas	20%

A tabela 10 procura compreender quais as expectativas das mães com relação ao futuro da criança com síndrome de Down, tendo sido representadas pelas subcategorias Perspectivas Positivas e Perspectivas Negativas. No que se refere às perspectivas positivas, 80% das mães expressaram o desejo de um futuro melhor para o seu filho, representado por respostas que se referem a um bom desenvolvimento da criança. Por outro lado, 20% das mães apresentaram expectativas negativas quanto ao futuro do seu filho, mais especificamente, no que se refere ao destino da criança após a sua morte, não vendo outra pessoa no meio familiar para cuidar do filho. A seguir encontram-se as falas das participantes sobre esse assunto:

*“Que ele aprenda a ler, escrever, que ele tenha uma vida boa, é o que eu desejo pra ele, que ele cresça e seja bem inteligente, que ele aprenda se virar”. (Mãe 4)*

*“Futuro pra ele. Que ele melhore cada vez mais, que aprenda cada vez mais né? assim quero dar o melhor para ele né?”. (Mãe 7)*

*“Sei não, não tem nenhuma, não tenho nenhuma expectativa para o futuro dela, assim depois que eu morrer, eu penso é muito assim, mas eu não tenho nenhuma expectativa, eu só penso como ela vai ficar depois que eu morrer, porque ela depende de mim pra tudo né? aí é o que eu penso”. (Mãe 8)*

É notória a preocupação dos pais com o futuro dos filhos com síndrome de Down, evidenciado neste estudo. Tais achados corroboram com o estudo de Ferreira (2015) ao tratar sobre o tema. No entanto, mesmo diante dessa preocupação evidenciada, o presente estudo verificou nas mães, expectativas positivas quanto ao futuro dos seus filhos, mais especificamente, no que tange ao seu desenvolvimento.

Considerando esses resultados, alerta-se para a importância de se promover o acompanhamento psicológico para os pais de crianças com alguma deficiência, visando



### Artigo

o acolhimento destes em virtude do impacto do diagnóstico, além de proporcionar maiores esclarecimentos sobre as necessidades que envolvem a criança, além de promover a adaptação positiva entre os pais e a criança.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo identificar os impactos do diagnóstico da síndrome de Down nos pais, buscando compreender a sua reação em relação à patologia do filho, assim como identificar o processo de inclusão social do filho; sua contribuição para esse processo, além da busca pela reabilitação do filho na rede pública e sua contribuição para esse fim.

Os resultados encontrados corroboram os estudos anteriores que mostram dados relevantes das causas do impacto no diagnóstico da síndrome de Down, entre os pais e/ou familiares da criança, podendo ser amenizados por meio de acolhimento ao outro no momento do diagnóstico, em que a Vicência é permeada pela angústia.

Dentro deste estudo pode-se observar a ausência do psicólogo no suporte emocional e de acolhida no momento em que a mãe ou os familiares, então presentes, recebendo a notícia do diagnóstico. Percebe-se que na maioria dos profissionais da medicina e da enfermagem, cuidados com os manejos físicos e biológicos tidos como prioridade nas suas atuações, enquanto os fatores psicológicos, por muitas vezes, são considerados secundários ou menos importantes. Neste caso, como sugestão para uma melhor compreensão destes fatores, ressalta-se a importância do psicólogo como um suporte para as famílias cujos filhos apresentam alguma síndrome, visando uma atenção maior aos pais, acolhendo e esclarecendo melhor os aspectos relacionados ao desenvolvimento do seu filho.

Entre os impactos encontrados nas mães entrevistadas neste estudo surgiu a preocupação financeira, por se tratar de uma criança que necessita de cuidados médicos, terapêuticos e educacionais. Também foi observado nesses pais, no momento do diagnóstico, um choque emocional ao receber a notícia, seguida de tristeza e choro vivenciado naquele momento. A negação inicial do diagnóstico também fez parte deste impacto, quando os pais consideraram haver um erro nesse diagnóstico do seu filho.

Acredita-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para a criação de projetos e programas interdisciplinares que auxiliem os familiares a reduzir



### Artigo

os danos do impacto causado pelo diagnóstico da síndrome, bem como o manejo com o processo de desenvolvimento dos seus filhos, considerando a importância do processo de adaptação tanto dos pais quanto dos demais familiares.

Por fim, para estudos posteriores, sugere-se a realização de pesquisas buscando ampliar amostra, bem como o seu local de realização, buscando comparar esses achados aos de outros centros urbanos.

### REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*: edição revista e ampliada. 6º ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 280p.

BRASIL. *Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas. Brasília: Diário Oficial da União, 2016. Retirado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>.

CAVALHEIRO, Noemia da Silva. *As percepções dos pais diante da síndrome de Down do filho e o cotidiano dessas famílias*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Tuiuti do Paraná. 2016. 97p.

CUNHA, Aldine Maria Fernandes Vohlk; BLASCOVI-ASSIS, Silvana Maria; FIAMENGHI JÚNIOR, Geraldo Antonio. Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 445-451, 2010.

FERREIRA, Fernanda Silva. O impacto Psicológico nas mães pelo nascimento de uma criança com síndrome de Down. *Portal do Psicólogo*, 2015. p.1-21.

GUERRA, Camilla de Sena, DIAS, Maria Djair, FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira, ANDRADE, Fábila Barbosa de, REICHERT, Altamira Pereira da Silva; ARAÚJO, Verbena Santos. Do sonho à realidade: Vivência de mães de filhos com deficiência. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 2015. Abr-Jun; 24(2): 459-66.





**Artigo**

HENN, Camila Guedes; PICCININI, Cesar Augusto; GARCIAS, Gilberto de Lima. A família no contexto da síndrome de Down: revisando a literatura. *Psicologia em Estudo*. Maringá. Vol. 13, n. 3 (jul./set. 2008), p. 485-493.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. *São Paulo em Perspectiva*, v. 14, n. 2, p. 51-56, 2000.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias SILVA. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.

MILLS, Nancy Derwood. A Educação da Criança com síndrome de Down. In: SCWARTZMAN, José Salomão (Org.) Síndrome de Down. São Paulo: Mackenzie; Memnon, 1999. p. 232-262

MOVIMENTO DOWN. *Estatísticas*. 2012. Recuperado de <http://www.movimentodown.org.br/2012/12/estatisticas>. Em: 17/05/2017.

MOVIMENTO DOWN. *Diagnóstico da síndrome de Down durante a gravidez*. 2013. Recuperado de <http://www.movimentodown.org.br/2013/06/diagnostico-da-sindrome-de-down-durante-a-gravidez>. Em: 19/05/2017.

MOURA, Elcinete Wentz; LIMA, Eliene; BORGES, Denise; SILVA, Priscilla do Amaral Campos. *Fisioterapia: aspectos clínicos e práticos da reabilitação*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2010, 744p.

NAKADONARI, Elaine Keiko; SOARES, Andréia Assunção. Síndrome de Down: considerações gerais sobre a influência da idade materna avançada. *Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar*, v. 10, n. 2, p. 5-9, 2013.

NUNES, Michelle Darezzo Rodrigues; DUPAS, Giselle; NASCIMENTO, Lucila Castanheira. Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família da criança





**Artigo**

portadora da Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 2, p. 227-233, 2011.

OLIVEIRA, Larissa Dias. *Famílias de adolescentes com deficiência intelectual: estresse, estratégias de enfrentamento e apoio social*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, 2013.

OTTO, Paulo Alberto, MINGRONI NETTO, Regina Célia; OTTO, Priscila Guimarães. *Genética Médica. Manual destinado aos estudantes universitários das áreas de Ciência Médicas, Biomédicas e Biológicas*. São Paulo: Roca LTDA. n. 437, 13-0302, 2013.

PAIVA, Camila Foss, MELO, Camila Menezes; FRANK, Stéphanie Paese; PAES, Tania. *Síndrome de down: etiologia, características e impacto na família*. Faculdade de São Paulo-FSP. 2012, p. 1-14.

PINA, Onilton César. *Contribuições dos espaços não formais para o ensino e aprendizagem de ciências de crianças com Síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado em Educação em Ciências e Matemática. Universidade Federal de Goiás. Goiânia-GO. 2014, 92p.

POLITY, Elizabeth. Pensando as dificuldades de aprendizagem à luz das relações familiares. In: POLITY, Elizabeth (org.). *Psicopedagogia: um enfoque sistêmico: terapia familiar nas dificuldades de aprendizagem*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 79-138.

RIBEIRO, Maysa Ferreira Martins; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celeno. Paralisia cerebral e síndrome de Down: nível de conhecimento e informação dos pais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2099-2106, 2011.

RODRIGUEZ, Fernanda Travassos. Síndrome de Down e inclusão familiar. *Psique: Ciência e Vida*. São Paulo, p. 58-59, 2006.

ROOKE, Mayse Itagiba; SILVA, Nara Liana PEREIRA. Indicativos de resiliência familiar em famílias de crianças com síndrome de Down. *Estudos em Psicologia*. Campinas, v. 33, n. 1, p. 117-126, 2016.



**Artigo**

SILVA, Nara Liana Pereira; DESSEN, Maria Auxiliadora. Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família. *Interação em Psicologia*. Universidade de Brasília. v. 6, n. 2, 2002.

SOUZA, Kellen Nunes de; PIMENTEL, Melissa Priscilla Boscolo; GASPARINI, Grace Claudia. A inclusão do portador de síndrome de Down no ensino regular: o enfoque da terapia ocupacional. *Multitemas*. 2001, n. 23, 161-167

STÉDILE, Adriana Alves; DA SILVA, Larissa Dias; HARTMANN, Fernanda Vaz. O desenvolvimento do vínculo Mãe Bebê após o diagnóstico de Síndrome de Down. *Revista Saúde Mental em Foco do Cesuca*, 2(1), 1-14, 2013.

SUNELAITIS, Regina Cátia; ARRUDA, Débora Cristina; MARCOM, Sonia Silva. A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe. *Acta Paul Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 264-71, 2007.

TORQUATO, Isolda Maria Barros; DANTAS, Meryeli Santos de Araújo; OLIVEIRA, Suzyanne Maria Duarte de; ASSIS, Wesley Dantas de; FECHINNE, Carla Patrícia Novaes dos Santos; Collet, Neusa. Participação Paterna no Cuidado à Criança Com Síndrome de Down. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. Recife, 7(1):30-8, jan., 2013.

TRINDADE, Franciele de Souza. *Dificuldades encontradas pelos pais de crianças especiais*. Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia. Centro Universitário de Brasília (UNICEUB). Brasília/DF, 2004.

MOTULSKY, Arno G.; VOGEL, Friedrich. *Genética humana: problemas e abordagens*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2013.



**Artigo**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ESTRESSE OCUPACIONAL EM  
MOTOTAXISTAS NO SERTÃO DA PARAÍBA**

**SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE AND OCCUPATIONAL STRESS IN  
MOTOTAXI DRIVERS IN THE PARAÍBA INLAND**

Mateus Rodrigues de Lima<sup>1</sup>  
Shayanne Rodrigues Diniz<sup>2</sup>  
Débora Najda de Medeiros Viana<sup>3</sup>  
Danielly Mendes Queiroz Anacleto<sup>4</sup>  
Débora Iane Silva<sup>5</sup>  
Maria José Nunes Gadelha<sup>6</sup>

**RESUMO** - O estresse é um processo de percepção e ação a eventos ameaçadores, causando um estado manifestado por uma síndrome específica e constituído por todas as alterações não-específicas produzidas num sistema biológico. As modificações ocorridas no âmbito do trabalho na década de 1980 são consideradas acumulações flexíveis, caracterizadas pelo surgimento de novos setores de produção e formas de serviços, incluindo os mototaxistas, que estão submetidos aos eventos estressores no

---

<sup>1</sup>Graduando em Psicologia pela Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: mateus-rodrigues@hotmail.com

<sup>2</sup>Graduada em Psicologia pelas Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos-PB. E-mail: shayannediniz@gmail.com

<sup>3</sup>Mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba e docente nas Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos-PB. E-mail: deboranajda11@yahoo.com.br

<sup>4</sup>Graduanda em Psicologia pelas Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: danyely\_96@hotmail.com

<sup>5</sup>Graduanda em Psicologia na Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: Debora-iane@hotmail.com

<sup>6</sup>Doutora em Psicologia Social na Universidade Federal da Paraíba-UFPB, docente das Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos-PB e da Faculdade Santa Maria-FSM, Cajazeiras-PB. E-mail: nunesgadelha@hotmail.com



### Artigo

exercício do seu trabalho. Nesse contexto e tendo em vista a escassez de pesquisa nessa área, o objetivo do presente estudo foi analisar o nível de estresse em mototaxistas em uma cidade do sertão da Paraíba. A pesquisa foi de cunho exploratório, descritivo e quantitativo realizada com uma amostra de 40 mototaxistas, escolhidos com uma amostragem conveniente entre os diversos pontos de mototaxi da cidade. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário sociodemográfico e ocupacional e o Inventário de Sintomas de Estresse para Adulto de Lipp. Os resultados apontaram uma prevalência de estresse ocupacional em mototaxistas, identificando-se 42,5% desses profissionais na fase de resistência. No geral, verificou-se que o alto índice de estresse pode estar relacionados aos diversos fatores que afetam a qualidade de vida e a saúde desses profissionais, como o ritmo de trabalho intenso, alta carga de trabalho e o turno diário para os exercícios de suas atividades.

**Palavras-chave:** Estresse Ocupacional; Trabalho; Mototaxistas; Sertão Paraibano.

**ABSTRACT** - Stress is a process of perception and action to threatening events, causing a state manifested by a specific syndrome and constituted by all nonspecific changes produced in a biological system. The changes that took place during the 1980s are considered as flexible accumulations, characterized by the emergence of new production sectors and forms services, including mototaxi driver, which are subject to stressful events in the exercise of their work. In this context, and having in mind the scarcity research in this area, the present study was objective to analyze the level of stress with mototaxi drivers in the Paraíba inland. The research was an exploratory, descriptive and quantitative study carried out with a sample of 40 mototaxi drivers, chosen with a convenient sampling among the several mototaxi driver points in the city. A sociodemographic and occupational questionnaire was used to collect the data and the Inventory of Stress Symptoms for Adult of Lipp. The results showed a prevalence of occupational stress in mototaxi drivers, identifying 42.5% these professionals in the resistance phase. In general, it was verified that the high stress index may be related the several factors that affect the life quality and health these professionals, such as intense work pace, high workload and daily shift to the exercises of their activities.

**Keywords:** Occupational Stress; Work; Mototaxistas; Paraíba Inland.



## INTRODUÇÃO

O estresse é um processo no qual o indivíduo percebe e responde a eventos desafiadores ou ameaçadores, sendo definido como um tipo de ação, pressão ou grande influência sobre um indivíduo, causando alterações físicas e/ou psíquicas (LIPP, 2003). A experiência do estresse de forma geral é quase sempre associada a sensações de desconforto, desgaste físico e emocional, sendo assim, é mais agravante o número de indivíduos que se colocam como estressadas ou descrevem outros indivíduos nessa condição de qualidade de vida em relação ao trabalho. O indivíduo se expõe aos riscos ocupacionais presentes no local de trabalho, com consequências diretas e indiretas na sua saúde. Esse fenômeno pode desencadear tanto consequências negativas como positivas, sendo importante identificar o limiar do nível de estresse suportável (TRAVERS; COOPER, 1996; AZEVEDO; OLIVERIRA; FILHO; ARAÚJO, 2013; NERY; CARDOSO, 2017).

Segundo Lipp (2003) o estresse ocorre em situações de tensão interna do indivíduo, podendo ocasionar comprometimentos, como, irritabilidade, azia, tensão muscular, insônia ou sonolência. Recentemente este fenômeno tem sido identificado em diversos contextos: escolas, organizações, família, grupos sociais e em diversos campos do trabalho. O estresse ocupacional não é um constructo novo, as consequências acarretadas são amplas e complexas, que atenta para as características e habilidades individuais dos trabalhadores para enfrentar demandas, condições e até situações externas ao trabalho. Nestas circunstâncias, ocorre desgaste e/ou uma diminuição da capacidade do organismo para o trabalho, em consequência da sua incapacidade de tolerância, superar ou se adaptar às exigências de natureza psicológica, percebidas como demasiadas, insuperáveis e intermináveis (SWAN; MORAES; COOPER, 1993; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2015).

O estresse ocupacional torna-se assim, uma fonte importante de preocupação e um dos principais fatores de adoecimento, vem sendo reconhecido, já há décadas, como um dos riscos mais sérios ao bem-estar psicossocial dos indivíduos dos trabalhadores (BATEMAN; STRASSER, 1983; PERTALI; ZANDONADE; SALAROLI; BISSOLI, 2015). Condições e organização no âmbito de trabalho influenciam diretamente e indiretamente na saúde dos trabalhadores, especialmente na saúde mental. As grandes



### Artigo

modificações ocorridas no âmbito do trabalho na década de 80 são consideradas acumulações flexíveis, caracterizadas pelo surgimento de novos setores de produção e formas de serviços (SILVA, 2009). Está incluso nessa conjuntura, a motocicleta que aparece como um meio de transporte e trabalho com custo acessível para traslado de passageiros.

Perante as modificações no mercado de trabalho, mototaxista é uma categoria que tem alcançado grande inclusão no mercado de trabalho, compreendendo trabalhador como pessoa que desempenha a atividade laboral que independe de estar ou não inserido no mercado formal ou informal de trabalho, transformando a motocicleta que era um veículo utilizado para lazer, em um instrumento de trabalho e uma nova alternativa de locomoção individual, rápida e com baixo custo de aquisição (SILVA, 2009). Estudos realizados sobre o estresse no trânsito atentam para o fato que o trânsito compromete à saúde física e psíquica dos condutores, causando, estresse, fadiga, ansiedade, depressão, fobias, doenças cardiovasculares, agressividade, gastrointestinais, músculo esquelética, dor nas costas e pescoço entre outros (ZANELATO; OLIVEIRA, 2004; QUIRINO; AMARAL, 2015).

Por sua vez, a psicologia em quanto ciência atenta para estudar o fenômeno estresse no contexto do trânsito, e a qualidade de vida dos trabalhadores, com contribuições de artigos que podemos avaliar os fatores psicopatológico apresentados pelo os trabalhadores que são expostos ao alto nível de estresse no ambiente de trabalho, colabora na elaboração de ações que venham a intervir neste ambiente. A exigência do trabalho pode ser um estressor ocupacional quando ultrapassa os níveis adequados para a manutenção da saúde do trabalhador, como longas jornadas, ritmo demasiadamente acelerado, turnos variáveis e horas extras (HUTZ; ZANON; NETO, 2013; TEIXEIRA; BOERY; CASOTTI; ARAÚJO; PEREIRA; RIBEIRO; RIOS; AMORIM; MOREIRA; BOERY, 2015)

Destaca-se como uma situação alarmante se tratando especificamente de profissionais urbanos, tendo em vista que o dia a dia nas grandes cidades é por si só um ambiente favorável para o desencadeamento do estresse. O cenário marcado por poluições tanto sonora como visual, emergências e aglomerações são fatores explícitos, e os trabalhadores submetidos a tal situação estão mais facilmente propícios a desencadear prejuízos psicológicos e físicos que repercutem tanto na vida pessoal como na profissional, sendo o trânsito, um fator estressor reconhecido no ambiente urbano. Se tratando de trânsito ainda, sabe-se que “o motorista está sujeito a um trabalho





### Artigo

extenuante que compromete não só a sua saúde, mas também a segurança de passageiros e pedestres” (MINUCCI, 2003; COSTA; KOYAMA, 2003).

Para tanto, este estudo está inserido na preocupação com o estresse ocupacional, onde espera-se identificar um índice elevado de estresse entre condutores mototaxistas de um município do Sertão da Paraíba. Analisar o nível de estresse, identificar os fatores estressores existentes na profissão. Levando em consideração as longas horas de trabalho, a alta carga horária, que são resultantes de fatores estressores no trabalho (HEGE, 2015). Sendo assim, este estudo teve como objetivo investigar o nível estresse ocupacional em mototaxistas de um município do Sertão da Paraíba.

## MÉTODO

### Tipo e Local de Estudo

O presente estudo é de natureza básica, quantitativa, exploratória, descritiva e estudo de campo. A pesquisa básica tem por finalidade gerar novos conhecimentos sobre um determinado tema, desta forma o objetivo da pesquisa foi investigar o nível de estresse ocupacional em mototaxistas de uma cidade do alto sertão paraibano (PRODANOV; FREITAS, 2013). Já a pesquisa quantitativa investiga o fenômeno por meio de procedimentos estatísticos inferenciais. Quanto a terceira classificação a pesquisa exploratória objetiva realizar uma investigação em um tema pouco abordado na literatura e a pesquisa descritiva busca fazer uma análise minuciosa das variáveis estudadas. Por fim, o estudo de campo tem o propósito de aprofundar uma determinada realidade a por meio de observações do grupo estudado, objetivando compreender sem interferir no fenômeno atuante na população (DENZIN; LINCOLN, 2005; PRODANOV; FREITAS, 2013; SAMPIERI; CALLADO; LUCIO, 2013).

### População e Amostra

A amostra foi composta por 40 mototaxistas de uma cidade do Sertão da Paraíba, coletados por um método não probabilístico por conveniência entre os bairros e pontos de mototaxi da cidade. A coleta foi realizada entre os períodos de Abril e Maio de 2017 por meio de critérios de inclusão pré-estabelecidos.





## Artigo

### **CrITÉrios de Inclusão e Exclusão**

Participaram da pesquisa mototaxistas legalmente cadastrados e que possuíam o alvará de funcionamento do ponto de atuação profissional expedido pela a prefeitura da cidade Patos-PB. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

### **Instrumento e Procedimentos de Coleta de Dados**

Os instrumentos utilizados para a coleta foram um questionário sociodemográfico e o ISSL - Inventário de Sintomas de Estresse Para Adulto de Lipp (LIPP, 2000). O primeiro contemplava questões pessoais e ocupacionais como: sexo, idade, estado civil, tempo de trabalho, renda, entre outros aspectos. Quanto ao ISSL, este é composto de três quadros, que se referem às quatro fases do estresse, tem como objetivo identificar a sintomatologia apresentada pelas pessoas, avaliando se possuem sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente (somático ou psicológico) e a fase do estresse em que se encontram. A coleta de dados foi realizada mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

### **Análise de Dados**

A análise de dados foi mediante a atualização do software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) Versão 22.0, foram realizadas análises descritivas, incluindo medidas de tendência central, Média medidas de dispersão Desvio Padrão, para analisar o nível de estresse. Frequências e porcentagens para as variáveis sociodemográficas (DANCEY; REIDY, 2006).

### **Aspectos Éticos**

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa foi norteada a partir de normas e diretrizes que obedecem a Resolução 466/12, publicado dia 13 de junho de 2013 na edição Nº 112 do Diário Oficial da União (DOU), a qual incorpora os referenciais básicos da bioética, bem como os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Foi garantido todo o esclarecimento necessário,



### Artigo

bem como, absoluto sigilo das informações obtidas durante todas as etapas. O responsável assinou o TCLE, constando as principais informações referentes à pesquisa. Dessa forma, essa pesquisa foi aprovada sob número de parecer: 1.866.280.

## RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, pode-se verificar que todos os participantes são do sexo masculino com idades variando de 22 a 59 anos, com renda mensal mínima de R\$ 600,00 e máxima R\$ 2.000,00. Também foram coletadas informações como tempo de trabalho, horas trabalhadas por dia e horas de sono.

Tabela 1. Distribuição dos dados quantitativos da amostra.

Variável	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade	37,2	8,8	22	59
Renda	970,20	219,6	600,00	2000,00
Tempo de trabalho	7,2	5,9	1	20
Horas trabalhadas por dia	9,4	2,1	6	15
Turnos de trabalho	2,2	0,4	2	3
Horas de sono	7,2	0,9	5	8

Verifica-se que a maioria dos participantes são casados, seguido dos solteiros e apenas um separado. Quando perguntados se possuíam outra atividade remunerada, 9 (22,5%) afirmaram que sim e 31 (77,5%) que não. Quanto a atividade de lazer, maior parte dos mototaxistas relatou praticar pelo menos uma vez durante a semana. Os demais dados sociodemográficos encontram-se na Tabela 2.



**Artigo**

Tabela 2. Distribuição dos dados sociodemográficos da amostra.

Variáveis		N	%
Estado civil	Solteiro	12	30,0
	Casado	27	67,5
	Separado	01	2,5
Atividade Remunerada	Sim	09	22,5
	Não	31	77,5
Lazer	Sim	28	70,0
	Não	12	30,0
Ativ. Física	Sim	19	47,5
	Não	21	52,5
Bebida Alcoólica	Sim	19	47,5
	Não	21	52,5
Uso de medicamentos	Sim	04	10,0
	Não	36	90,0
Comportamento no trânsito	Agressivo	01	2,5
	Passivo	35	87,5
	Assertivo	04	10,0

Após a caracterização da amostra procedeu-se com a apresentação das características sociodemográficas distribuídas entre as categorias de estresse dos mototaxistas (Tabela 3). É possível verificar que entre as categorias relacionadas ao estado civil, entre os solteiros (50%) estão em fase de alerta, já entre os casados avaliou-se que (76,5%) estão na fase de resistência. Para a variável outra atividade remunerada verificou-se que a maior concentração de mototaxistas que não possuem outra atividade remunerada não possuíam estresse. Em relação a quantidade dos turnos avaliados no estudo, 83,3% daqueles que não possuem estresse relataram trabalhar apenas dois turnos. Em relação a prática de lazer os sujeitos que mais praticam não possuíam estresse 83,3% e os sujeitos que não praticam (41,2%) e estão em fase de resistência.

Quanto à prática de atividade física a maior parte dos participantes que praticam, (58,3%) não apresentaram estresse e os que não praticam, (42,7%) encontram-se na fase de resistência. Com relação ao uso de bebida alcoólica, verificou-se que (52,8%) que não fazem uso estão em fase de resistência, enquanto os que fazem (47,1%) encontram-



**Artigo**

se na mesma fase. Quando questionados como consideravam seu comportamento no trânsito a maioria que relatou considerar o comportamento assertivo (100%) se encontraram classificados na condição de não estresse e um único sujeito (10,0%) que considera seu comportamento agressivo foi identificado na fase de alerta.

Tabela 3. Distribuição das porcentagens de acordo com as fases do estresse em que os mototaxistas estão inseridos.

Variável		Não tem estresse		Alerta		Resistência		Quase Exaustão	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Estado Civil	Solteiro	4	33,3	5	50	3	17,6	0	0,0
	Casado	8	66,7	5	50	13	76,5	1	100
	Separado	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0
Atividade Remunerada	Sim	1	8,3	2	20	6	35,3	0	0,0
	Não	11	91,7	8	80	11	64,7	1	100
Turnos que Trabalha	2 turnos	10	83,3	9	90	12	70,6	1	100
	3 turnos	2	16,7	1	10	5	29,4	1	100
Atividade de Lazer	Sim	10	83,3	7	70	10	58,8	1	100
	Não	2	16,7	3	30	7	41,2	0	0,0
Atividade Física	Sim	7	58,3	4	40,0	7	41,2	1	100
	Não	5	41,7	6	60,0	10	58,8	0	0,0
Bebida Alcoólica	Sim	4	33,3	7	70,0	8	47,1	0	0,0
	Não	8	66,7	3	30,0	9	52,9	1	100
Uso de medicamentos	Sim	1	8,3	1	10,0	2	11,8	0	0,0
	Não	11	91,7	9	90,0	15	88,2	1	100
Comportamento no trânsito	Agressivo	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0
	Passivo	11	91,7	9	90,0	0	0,0	0	0,0
	Assertivo	12	100	10	100	17	100	1	100

Já em relação as comparações das médias das variáveis quantitativas com as categorias de estresse apresentadas na Tabela 4, observa-se que a condição de maior média de renda (M =1016,50; DP=295) foi relacionado as pessoas com estresse, o que pode ser confirmado também com a elevação da carga horária de trabalho, nesse caso



**Artigo**

atingindo um nível de quase exaustão, bem como a distribuição do tempo de trabalho, onde a elevação deste tempo classificou os sujeitos com elevação na carga de estresse.

Tabela 4. Variáveis quantitativas sociodemográficas de acordo com cada categoria de estresse dos mototaxistas.

Variável	Não estresse		tem Alerta		Resistencia		Quase Exaustão	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	36,4	7,7	33,2	9,4	40,4	8,8	34,0	-
Renda	890,8	142,0	983,8	126,6	1016,5	295,0	1000,0	-
Tempo de trabalho	3,0	2,4	7,4	6,9	9,5	5,5	16,0	-
Horas de trabalho	8,9	2,2	8,9	2,0	9,9	2,0	12,0	-
Horas de sono	7,1	1,0	7,2	1,2	7,1	0,8	8,0	-
Num. dias trabalho	5,8	0,6	6,3	0,5	6,0	0,5	6,0	-

A aplicação do inventário proporcionou identificar os fatores estressores em cada nível de estresse como mostrados na Tabela 5. Totalizando os sintomas físicos com predominância de média próxima nos seguintes níveis: a fase de alerta foi que obteve o maior nível, seguido de um pequeno desvio padrão, já na fase de resistência e quase-exaustão ambos tiveram níveis médios muitos equivalentes, apresentando uma diferença mínima de 0,5 no nível de estresse.

Com relação aos sintomas psicológicos pode-se verificar que o nível de quase exaustão obteve o maior nível no presente estudo quando comparado com os demais, no que se refere ao valor bruto dos sintomas físicos e psicológicos estão em fase de alerta maior parte dos sujeitos e em nível de quase exaustão.



**Artigo**

Tabela 5. Predominância de sintomas físicos e psicológicos entre os mototaxistas.

Variável	Não tem estresse		Alerta		Resistência		Quase Exaustão	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Escor GF LIPP	3,9	2,6	12,8	1,6	12,5	3,6	12,0	-
Escor GP LIPP	4,3	2,7	11,9	1,2	11,2	2,2	12,0	-
Escor G BRUT	7,6	4,9	24,8	1,7	22,5	4,5	24	-

Nota: M= Média; DP= Desvio Padrão; Escor GF LIPP

## DISCUSSÃO

Essa pesquisa teve o objetivo analisar o nível de estresse em mototaxistas no sertão da Paraíba, identificando variáveis sociodemográficas e fatores de risco associados. No geral, os resultados encontrados são relevantes levando em consideração a quantidade baixa de estudos nesta direção. A partir das análises identificou-se que 42,5% desses profissionais se encontram na fase de resistência. Esse resultado está de acordo com os resultados dos estudos relacionados ao estresse laboral, que identificaram esse problema como um dos mais enfrentados por trabalhadores dessa categoria (JUNIOR; CARDOSO; DOMINGUES; GREEN; LIMA, 2013).

Segundo Lipp e Malagris (1995) e Fabri et al. (2018), na fase de resistência, o organismo busca se equilibrar, para tanto utiliza inúmeras energias, gerando consequentemente sensação de desgaste. Quanto mais o sujeito se esforça, para se adaptar e restituir seu equilíbrio, maior é o desgaste, para que o processo de estresse seja interrompido sem sequelas é necessário que o sujeito se harmonize para resistir adequadamente ao fator tido como estressor. Essa é uma fase do estresse que possibilita os sujeitos a aprenderem a lidar com conflitos que abalam seu equilíbrio, intervenções individuais e ou em grupo, quando feitas de forma adequada minimizam e até eliminam sintomas presentes.

Além disso, levanta-se a hipótese de que estão propensos a complicações maiores, como é o caso da síndrome de *Burnout*, que leva o sujeito ao esgotamento de recursos de enfrentamento modificando seu comportamento, destinando-o a uma série de complicações diárias (TRINDADE et al., 2010, TRINDADE; LAUTERT, 2010).



### Artigo

Conforme foi apontado nos resultados, existe alta carga de trabalho na profissão dos mototaxistas, além da grande quantidade do tempo de trabalho, levando em consideração que houveram trabalhadores que responderam ao estudo que possuem 20 anos de atuação profissional. Ginasi e Oliveira (2017) apontam que a sobrecarga de atividade tem sido indicada como umas variáveis que está mais associada à disposição ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

Os resultados obtidos nesse estudo revelaram que o estresse dos participantes encontra-se em um nível elevado na dada categoria profissional, sendo 42,5% identificados na fase de resistência que vem em conformidade com as colaborações de Areias e Guimarães (2004) que, por sua vez, revelam os problemas físicos como os iniciais do desenvolvimento do estresse ocupacional, passando futuramente a abalar a estrutura emocional do profissional, revelando assim a necessidade de explorar os principais motivos que podem desenvolver algum quadro de irritabilidade ou esgotamento do trabalhador.

Se tratando dos níveis identificados como indicadores de estresse, preconizam-se que os fatores estressores estão diretamente ligados ao tempo de profissão exercida, busca de remuneração, sendo que os sujeitos que alcançam renda máxima de 2000,00 reais trabalham 15 horas por dia, a não prática atividades de lazer tendo em vista que os sujeitos avaliados nesse estudo, que realizam atividades de lazer não possuíam estresse (83,3%), sendo os que não realizam (41,2%) identificados em fase de resistência, tal como a prática de atividade física, sendo os não praticantes, (58,8%) na fase de resistência. Esse resultado corrobora com o estudo de Pereira et al (2017), onde afirma que a baixa remuneração pode ser compreendida como um fator desencadeador do estresse.

Em se tratando da prática de atividade física, a maior parte dos participantes praticam, 58,3%, não apresentaram estresse, e os que não praticam, 41,7%, encontram-se na fase de resistência. Essa pesquisa admite os resultados também expostos por Ferreira, Dietrich e Pedro (2015), onde apontam que existem evidências de que a pratica da atividade física pode interferir de forma positiva na redução dos níveis de estresse

Conforme foi identificado nesse estudo, os participantes se encontram em fase de alerta ( $M=24,8$ ;  $DP:1,7$ ), assim como apresentado no estudo de Padro (2016), compreende-se que o estresse é um problema de saúde com influência na vida pessoal e laboral dos sujeitos, tendo consequências graves como desgaste físico e psicológico.





### Artigo

Ressaltando que os fatores estressores variam de sujeito para sujeito de acordo com a sua percepção da situação que o mesmo se encontra inserido.

Horas de sono, e horas trabalhadas por dia são fatores que influenciam o nível de estresse dos mototaxistas, no estudo foi revelado que os sujeitos que dormem 5 horas diárias conseguem ter uma carga horária de trabalho de até 15 horas, já os sujeitos que dormem 8 horas realizam uma carga horária de 6 horas de trabalho, corroborando com os estudos de Zanelli (2010), que dentre os fatores estressores destaca: demandas que ultrapassam as condições de produção bem como prestação de serviços com devida qualidade; pouco reconhecimento profissional, extensas jornadas de trabalho e pressão de tempo. Além disso, a qualidade de vida no âmbito laboral envolve fatores como o significado do trabalho para o trabalhador, condições de trabalho, segurança e os riscos envolvidos, abertura para inovação, percepção que se tem da remuneração e recompensas, essas são condições que interferem no bem-estar do trabalhador e merecem receber a devida atenção.

É importante ressaltar que os estressores têm grande influência na vida dos sujeitos e de variadas formas. Alguns fatores são apontados como favorecedores do estresse, como mostrado nos estudos de França e Rodrigues (2005) que estes podem fazer parte dos meios internos e externos, assim, determinadas características sejam individuais ou de modo geral no contexto laboral em que se encontra inserido o sujeito, contribuem para o nível de intensidade do estressor.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como esperado os mototaxistas da cidade de Patos no Sertão da Paraíba apresentaram diferentes níveis de estresse, constatando níveis altos nas dimensões, alerta, resistência e quase exaustão, sendo que a maioria dos participantes se encontram na fase de resistência. Esses resultados corroboraram com os estudos encontrados na literatura, visto que os fatores estressantes encontrados no trânsito são responsáveis pelo o aumento do estresse em condutores.

Entretanto por se tratar de um estudo inicial, foi encontrado algumas limitações entre elas, a amostra por conveniência, que de acordo com Prodanov e Freitas (2013) aumenta o risco de cometer erro amostral, outro fator limitador foi o procedimento utilizado, pois os dados foram coletados no ambiente de trabalho, com a possibilidade



### Artigo

de interferências de outras variáveis. Propõe-se a realização de novos estudos com caráter de intervenção, é válido elaborar estratégias e habilidades de enfrentamento aos fatores considerados estressores. Em relação aos mototaxistas é sugerido que os mesmos passem a destinar mais tempo para momentos de lazer e atividades físicas.

Sabe-se que o trabalho é vital para o ser humano e, torná-lo mais participativo, contribuindo para a expressão de potencialidades e talentos, pode resultar de maneira positiva na saúde mental e física dos trabalhadores. Com isso o desenvolvimento de ações, atividades e programas de redução do estresse poderá promover saúde e qualidade de vida para os sujeitos, propiciando eficiência e crescimento para as organizações. O tema abordado nesse estudo é relativamente novo no âmbito da psicologia, portanto, uma maior consolidação se efetivará na medida em que teoria e prática passarem a se desenvolver de forma conjunta. Pois foram evidentes a necessidade de intervenções voltadas para a realização de trabalhos preventivos que possam amenizar os efeitos do estresse.

### REFERÊNCIAS

AREIAS, M. E. Q.; GUIMARÃES, L. A. M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. São Paulo, **Psicologia em Estudo**. v. 9, n. 2, p. 255- 262, 2004.

AZEVEDO, B. S.; NERY, A. A.; CARDOSO, J. P. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. **Texto Contexto - enfermagem**: Florianópolis v. 26, n. 1, p. 1-11, 2017.

BRASIL. Norma Operacional n.º. 001/2013. Brasília, Distrito Federal. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)>.

BATEMAN, T. S.; STRASSER, S. A cross-lagged regression test of the relationships between job tension and employee. **Satisfaction Journal of Applied Psychology**, v. 1, n. 68, p. 439-445, 1983.



**Artigo**

COSTA, L. B.; KOYAMA, M. A. H., MINUCI, E. G. FISCHER, F. M. Morbidade declarada e condições de trabalho: o caso dos motoristas de São Paulo e Belo Horizonte. **São Paulo em Perspectiva**. v.17, n. 2, p. 54-67, 2003.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem Matemática para Psicologia**: usando SPSS para Windows. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage, 2005.

FABRI, J. M. G.; NORONHA, I. R.; OLIVEIRA, I. B.; KESTENBERG, C. C. F.; HARBACHE, L. M. A.; NORONHA, I. R. Estresse Ocupacional em Enfermeiros da Pediatria: Manifestações Físicas e Psicológicas. **Revista baiana enfermagem**, v.32, n. p., 2018.

FRANÇA, A. C. L. RODRIGUES, A. L. **Stress e Trabalho**: Uma abordagem Psicossomática. São Paulo: Atlas, 2005.

FERREIRA, J. S.; DIETRICH, S. H. C.; PEDRO, D. A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 792-801, 2015.

GIANASI, L. B. S.; OLIVEIRA, D. C. A Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde: uma questão de sofrimento no trabalho. In: GIANASI, L.; OLIVEIRA, D.; MAMEDE, R.; CABRAL, P.; GONÇALVES, C.; DE SOUSA, A.; GONÇALVES, L.; GODINHO, P.; ARQUEIRO, I.; LAVADO, J.; VIEIRA, C. (Orgs.). **Burnout, traumas no trabalho e assédio moral: estudos empíricos e reflexões conceituais**. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), pp. 9-32, 2017.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

HEGE, B. A. The Relationship between the Work Organization of Long-Haul Truck Drivers and Body Mass Index (BMI), Waist Circumference, and Cardio-Metabolic Disease Risk. Directed by Dr. Michael Perko. P. 142, 2015.



**Artigo**

HUTZ, C. S.; ZANON, C.; NETO, H. B. Adverse working conditions and mental illness in poultry slaughterhouses in Southern Brazil. **Psicologia: Reflexão Crítica**: Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 296-304, 2013.

JUNIOR, E.G. CARDOSO, H.C. DOMINGUES, L.C. GREEN, R.M. LIMA, T.R. (2013) Trabalho e estresse: identificação do estresse e dos estressores ocupacionais em trabalhadores de uma unidade administrativa de uma instituição pública de ensino superior (ies). **Revista Gestão Universitária na América Latina**, Florianópolis, v. 17, n.1, p. 1-17, 2014.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. Manejo do Estresse, In: RANGE B. (org.): **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva**: pesquisa, aplicações e problemas. Campinas, Editorial Psy, 1995.

LIPP, M. E. N. **Inventário de sintomas de stress para adulto de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N. **O modelo quadrifásico do stress**: mecanismos neuropsicofisiológicos do stress. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Estressores afetando a capacidade para o trabalho em diferentes grupos etários na Enfermagem: seguimento de 2 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1589-1600, 2017.

OLIVERIRA, T. S.; FILHO, S.A.M; ARAÚJO, G. F. Conhecimento de mototaxistas quanto aos riscos ocupacionais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Monte Carlos, v.36, n.4, p. 899-918, 2012.

PEREIRA, S. S.; TEIXEIRA, C. A. B.; REISDORFER, E.; VIEIRA, M. V.; DONATO, E. C. S. G.; CARDOSO, L. A relação entre estressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento em profissionais de nível técnico de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1-8, 2016.



**Artigo**

PETARLI, G. B.; ZANDONADE, E.; SALAROLI, L. B.; BISSOLI, N. S. Estresse ocupacional e fatores associados em trabalhadores bancários, Vitória, **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 12, p. 3925-3934, 2015.

PRADO, C. E. P. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 285-289, 2016.

QUIRINO, G. S.; AMARAL, A. E. V. Relação entre estresse e agressividade em motoristas profissionais. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 2, 2015.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SILVA, L. A. MARTINS, J. T. FREITAS, F. C. T. DALRI, R. C. M. B. ROBAZZI, M.L.C.C. Algumas Características do Trabalho e do Trabalhador Mototaxista: revisão bibliográfica. **Revista de Enfermagem**, Uberlândia, n. 3, p. 246 -255, 2009.

SWAN, J. A. MORAES, L. F. R. COOPER, C. L. Developing the occupational stress indicator (OSI) for use in Brazil: A report on the reliability and validity of the translated OSI. **Stress Medicine**, v. 9, p. 91-104, 1993.

TEIXEIRA, J. R. B.; BOERY, E. N.; CASOTTI, C. A.; ARAÚJO, T. M.; PEREIRA, R.; RIBEIRO, Í. J. S.; RIOS, M. A.; AMORIM; C. R.; MOREIRA, R. M.; BOERY, R. N. S. O. Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 97-110, 2015.

TRAVERS, C. J. Cooper, C. L. **Os professores com menos stress: o estresse na profissão docente**. London: Routledge, 1996.

TRINDADE, L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C.; AMESTOY, S. C.; PIRES, D. E. P. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, Pato Branco, v. 23, n. 5, p. 684-689, 2010.



**Artigo**

TRINDADE, L.; LAURERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Pato Branco, v. 44, n. 2, p. 274-9, 2010.

ZANELATO, L. S.; OLIVEIRA, L. C. Estudar os comportamentos de riscos e os fatores estressantes presentes no cotidiano de motoristas de ônibus urbano. **Anais do II do Siminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**, Bauru, 2004.

ZANELLI, J. C. **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.



**Artigo**

**PSICOLOGIA JURÍDICA E ESCUTA PSICOLÓGICA: PROMOVENDO  
SAÚDE MENTAL NO JUDICIÁRIO JUNTO A ADOLESCENTES  
INFRATORES**

Amanda de Medeiros Lima<sup>1</sup>  
Juliana Fonsêca de Almeida Gama<sup>2</sup>

**RESUMO** - A articulação entre a psicologia, o direito e a saúde mental, na busca por investigar e desenvolver teorias e suportes ao humano é indiscutivelmente relevante. É reconhecido que essas duas ciências, psicologia e direito, ainda que distintas quanto ao saber, por vezes aludem sobre o mesmo objeto de estudo, com diferentes olhares que se somam, a exemplo a saúde mental, ao tratarem de um mesmo ponto - *o ser*. A Psicologia, vislumbrando o comportamento humano de um ponto mais subjetivo e o Direito, paralelamente, se detendo às relações intersubjetivas, intervindo na criação de normas que visam instruir as relações sociais. Sob essa interlocução, parte-se para pensar sobre os atos infracionais cometidos por menores e a garantia de sua saúde mental no sistema prisional. Como tem ocorrido esse investimento nessa parcela populacional cuja proposta é o desinvestir? Como se tem pensando nos jovens, para além do comum adjetivo “marginal”? Como está a promoção da saúde mental daqueles que estão inseridos no sistema prisional? Com esses questionamentos, o presente artigo traz como proposta uma reflexão sobre a promoção de saúde mental junto aos adolescentes infratores, tendo em vista a alta reincidência de práticas criminais pelos mesmos. Juridicamente, a proposta trazida é Justiça Restaurativa, um novo campo no tocante às práticas judiciais. Neste processo, cada indivíduo é escutado individualmente para saber suas demandas e questões frente ao processo interposto, promovendo-se oportunidades de fala. Tal proposta fundamenta-se na percepção da necessidade do falar e de ser escutado pelos sujeitos, que por vezes se esbarram em conflitos aparentemente banais, mas que, ao serem acolhidos, deixam eclodir questões subjetivas que perpassam

---

<sup>1</sup>Psicóloga do TJ/RN. Mestranda em psicologia pela UFRN.

<sup>2</sup>Psicóloga, mestre em psicologia, doutoranda em psicologia clínica. Professora substituta da UEPB. Professora das FIP.





### Artigo

toda essa relação. Para tanto, a psicanálise inaugura o campo da escuta, contraposta ao positivismo impregnado no direito, e que vê as demandas para além de suas causas aparentes. Apresenta-se, pois, a psicanálise como um fecundo campo de pesquisa, que atesta a existência do inconsciente através da constituição do que há de mais particular do sujeito, possibilitando a escuta de sua singularidade, inclusive e de forma necessária, no meio penitenciário.

**Palavras-chave:** justiça restaurativa; escuta; saúde mental; adolescentes.

**ABSTRACT** - The articulation between psychology, law and mental health, in the quest to investigate and develop theories and supports to the human is indisputably relevant. It is recognized that these two sciences, psychology and law, although different as to knowledge, sometimes refer to the same object of study, with different looks that add up, such as mental health, when dealing with the same point - being . Psychology, looking at human behavior from a more subjective point and the Law, in parallel, dwelling on intersubjective relations, intervening in the creation of norms that aim to instruct social relations. Under this interlocution, one starts to think about the infractions committed by minors and the guarantee of their mental health in the prison system. How has this investment occurred in this population whose proposal is to divest? How do you think of young people, beyond the common adjective "marginal"? How is the promotion of the mental health of those who are inserted in the prison system? With these questions, this article presents as a proposal a reflection on the promotion of mental health with the juvenile offenders, in view of the high recidivism of criminal practices by them. Legally, the proposal brought is Restorative Justice, a new field in judicial practices. In this process, each individual is listened individually to know their demands and questions in front of the process brought, promoting speech opportunities. This proposal is based on the perception of the need to speak and to be listened to by the subjects, who sometimes find themselves in seemingly trivial conflicts, but which, when they are accepted, allow subjective questions that permeate the whole relationship to arise. To this end, psychoanalysis inaugurates the field of listening, as opposed to positivism impregnated in law, and which sees the demands beyond their apparent causes. Psychoanalysis is thus presented as a fecund field of research, which attests to the existence of the unconscious through the constitution of the most particular of the



### Artigo

subject, making it possible to listen to its singularity, even and in a necessary way, in the penitentiary environment.

**Keywords:** restorative justice; listening; mental health; adolescents.

## INTRODUÇÃO

A psicologia, campo científico amplamente diversificado, vem se firmando e se constituindo de maneira polêmica desde o seu início. Dada a sua diversidade, as atuações que se desenrolam de sua base divergem, por exemplo, quando apresentam pensamentos variados e ofertam diferentes possibilidades de abordagem e intervenção sobre uma mesma problemática. Contudo, ainda que haja tal diversificação e, por vezes, desencontros e/ou discordâncias, a psicologia segue em um processo constante de consolidação, firmando-se como campo de conhecimento e produção autônomo que se diferencia, sobretudo, de outras ciências. Tal processo, porém, ao invés de afastá-la e colocá-la em oposição a esses outros campos de produção de saber, evidencia o caráter de complementariedade entre eles.

A partir desse entendimento, nos debruçaremos sobre importância da articulação entre a psicologia, o direito e a saúde mental, buscando investigar e desenvolver o caráter de complementariedade ora mencionado. Assim sendo, é reconhecido que essas duas ciências, psicologia e direito, ainda que distintas quanto ao saber, por vezes aludem sobre o mesmo objeto de estudo, com diferentes olhares que se somam, a exemplo a saúde mental. Portanto, como pontua Sordi (2007), apesar da ruptura epistemológica, parte-se da compreensão de que essas duas ciências humanas se entrelaçam ao tratarem de um mesmo ponto - *o ser*. A Psicologia, vislumbrando o comportamento humano de um ponto mais subjetivo frente ao coletivo, com subsídios teóricos próprios ao seu campo de saber, e o Direito, paralelamente, se detendo às relações intersubjetivas, intervindo na criação de normas que visam instruir as relações sociais, e se direcionando aos deveres e direitos dos sujeitos em questão (ARANTES, 2004).

Pode-se considerar, então, através de estudos, que, dessa interlocução, findou por se desenvolver mais uma ramificação que colabora com a multiplicidade da psicologia: a psicologia jurídica, interface entre a Psicologia e o Direito, definida a partir da interação dos conhecimentos adotados pelos estudiosos e aplicadores do



### Artigo

direito, que executam leis no universo jurídico, com os estudos teóricos e práticos, na esfera objetiva e subjetiva, advindas da psicologia. Com essa base, o psicólogo operante no âmbito judiciário acaba sendo reconhecido por denominações tão variadas quanto o seu campo, como psicólogo jurídico, ou psicólogo forense (ARANTES, 2004).

Este campo de atuação, que desenvolve além de outras atribuições, atividades nas áreas de Infância e Juventude, Cível, Penal, Família, etc., e é responsável pela busca ativa da interlocução entre os saberes *psi* e do direito, tem se tornado cada vez mais necessário e tem sido, por isso, largamente desenvolvido, fazendo-se presente sempre que os processos judiciais versam sobre aspectos psicológicos que escapam à competência da ordem do direito. Junto a essa atribuição geral de interlocução, cabe ao profissional de psicologia, como dito, ainda outras atividades, a exemplo da elaboração de laudos/relatórios psicológicos que são de suma importância para o embasamento das decisões e auxílio na convicção do magistrado acerca da conduta *sub judice*<sup>3</sup>. Tais laudos psicológicos são anexados aos autos como prova (subjetiva) pericial, e representam um material já pleiteado pelos juízes que, hodiernamente, requisitam com frequência crescente os respaldos técnicos sob os quais não detêm competência, nem fundamentação científica (ROVINSKI, 2007).

Inserido, portanto, nesse universo reconhecidamente jurídico, o psicólogo depara-se com as mais variadas demandas enfrentadas e tratadas como sendo da ordem da subjetividade. Seguindo essa proposta, e em constante articulação com o direito, esse profissional contribui sobremaneira também com os planejamentos e execuções de políticas, a exemplo das que envolvem a saúde mental, visando colaborar com uma melhor efetivação das leis, vislumbrando a superação da generalidade e dando espaço para a singularidade. É nesse ponto, e a partir dessa possibilidade, que surgem questões desafiadoras aos profissionais e o ponto nodal aqui desenvolvido.

Falando em políticas, acontece que, diante das singularidades, das subjetividades e do humano, tem se tornado pauta nos debates de várias esferas de conhecimento a temática da *insegurança* implicando a responsabilização no prisma do poder executivo, legislativo e judiciário. Sobre isso, seja com base no real ou nas estatísticas, a sociedade tem expressado insatisfação com a “ineficácia” da justiça, considerando-se as notícias

---

<sup>3</sup>Sub judice é uma expressão advinda do latim, comumente usada nos meios jurídicos, a qual, segundo Santos (2001) significa sob apreciação judicial, (lê-se: súb júditche). Dito de outra forma, sub judice refere-se ao período em que se aguarda a decisão processual.



### Artigo

frequentes sobre as falhas<sup>4</sup> ocorridas, por exemplo, nos sistemas prisionais, que acabam intensificando o sentimento generalizado de insegurança; na garantia dos direitos a saúde e no trato da saúde mental, seja na promoção ou no tratamento. Como consequência, são lançados pedidos por sanções mais drásticas, são tomadas mais medidas cada vez mais desesperadas por parte da população, além de que são apontadas proposta assustadoras.

A questão é que não se pode afirmar que a radicalidade proposta representa uma medida mais eficaz, como por ora se pensa. O agravante dessas discussões reside, ainda, no fato de que, embora incoerentes, elas são traçadas com a válida observação de que há um comprometimento desse fenômeno multifatorial, no qual a adoção de medidas lineares e reducionistas (que representam as que vêm sendo tomadas) não se mostra satisfatória (COSTA; ASSIS, 2006). O sistema é, então, largamente criticado, são exigidas novas medidas e, dentre elas, está uma reconsideração e/ou mudanças na lei.

Partamos agora para pensar os atos infracionais cometido por menores e a garantia de sua saúde mental no sistema prisional. Como tem ocorrido esse investimento nessa parcela populacional cuja proposta é o desinvestir? Como se tem pensando nos jovens, para além do comum adjetivo “marginal”? Como está a promoção da saúde mental daqueles que estão inseridos no sistema prisional? Com esses questionamentos, o presente artigo traz como proposta uma reflexão sobre a promoção de saúde mental junto aos adolescentes infratores, tendo em vista a alta reincidência de práticas criminais pelos mesmos.

### O QUE É A ADOLESCÊNCIA, AFINAL?

Os adolescentes em conflito com a lei entram como pautas nos debates, sob as sugestões de haver uma redução na maioria penal, ou a aplicação de uma penalidade mais intensiva. Atualmente, contudo, a proposta é não a alteração das medidas, mas sim, a busca por garantir as prevenções e a formulação das formas de enfrentamento dessa situação crescente de violência e insegurança, conforme Giamberardino (2015).

---

<sup>4</sup>Rebeliões, evasões, homicídios dentro das unidades de cumprimento de sentença, alto índice de reincidência, grupos organizados estabelecendo divisões rivais, desrespeito aos Direitos Humanos, superlotação dos alojamentos, falta de capital humano, entre outras falhas (Bitencourt, 2004).



### Artigo

É preciso, antes de seguir com essas discussões, considerar a colocação de Gallo (2008) de que, para além do resultado com o qual estamos convivendo, percebe-se que uma outra gama de fatores é posta a influenciar a formação de um alguém; entre eles, pode-se destacar o desamparo das faces do governo, em termos de saúde, segurança, educação e assistência social, emergindo, de antemão, um ambiente vulnerável para o desenvolvimento dos jovens. Portanto, falar dos jovens que estão à margem da sociedade implica em considerar as multivariáveis que o permeiam, e que o influenciam, diretamente, em seu modo de se posicionar perante o outro. Não se pode olhar apenas para os fatos, mas para o percurso que produz os fatos.

Para discutir esse ponto polêmico envolvendo aspectos da infância e da juventude é preciso situar, ainda que de maneira sucinta, os históricos e adendos sociais que cortam esta fase do desenvolvimento humano.

A adolescência é designada, de acordo com Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silvares (2010), como um ciclo biopsicossocial vivenciado pelos seres humanos entre os 10 e os 20 anos de idade. Contudo, essa não é a única proposição. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), por exemplo, compreende que a adolescência se passa em um intervalo dos 12 aos 18 anos. Apesar dessa variação, quando falamos em termos socioculturais, e do entendimento geral sobre o que é a adolescência, evidencia-se o fato de que esse ciclo é representado pela transição da infância para a vida adulta, havendo, assim, mudanças corporais, como a puberdade; sociais; cognitivas; entre outras.

Entende-se que essa é, portanto, uma fase repleta de intensas adaptações e de transições importantes, alguns profissionais dedicam seus estudos a ela, levando-a em consideração como um fenômeno, antes de tudo, cultural, embora insistentemente demarcado cronologicamente. Tais estudiosos entendem que a adolescência surgiu como um objeto exacerbado por uma série de características psicologizantes e biologizantes (COIMBRA; BOCCO; NASCIMENTO, 2005), que acabam, no discurso social, frente aos usos e desusos que são feitos do termo, estigmatizando os adolescentes e criando uma “identidade” que é caracterizada, histórico e culturalmente, por rebeldia, crises, agressividade, irresponsabilidade, entre outras peculiaridades.

Ao longo da história da adolescência, desde sua invenção até os dias atuais, vê-se que a palavra adolescente é embargada em uma trivialidade que acaba por reafirmar o discurso da homogeneidade, e limitar as diferenças e multiplicidades do indivíduo. Entretanto, é preciso levar em consideração, segundo Coimbra, Bocco e Nascimento



### Artigo

(2005), que cada sujeito se desenvolve em momentos diferentes, nos mais variados contextos familiares, níveis socioeconômicos, e nas mais diversificadas culturas. Ou seja, cada um é responsável e vítima da construção da sua história de forma única, não há como taxar a infância e a adolescência como uma categoria universalmente compartilhada. Quando se trata, então, de adolescentes, não se pode perder de vista que há um saber da parte do sujeito que precisa ser trabalhado, um discernimento que faz deles sujeitos ativos em sua singularidade, não sendo passível de generalização, nem, portanto, um enquadramento.

Ainda de acordo com os autores supracitados, alguns pesquisadores optam pela desconstrução desse conceito a partir da não utilização do termo adolescente, mas do uso do vocábulo *jovem*<sup>5</sup>. Apesar dessa tentativa, sabe-se que a forma de perceber essa fase do desenvolvimento não será transmutada apenas com a troca de palavras. É necessário ir além das palavras, apostando no indivíduo único e abrindo espaço para suas diferenças e possibilidades. Cada adolescente é, desde sua fecundação, convocado de um lugar diferente, nascido em um berço diverso dos demais, e marcado pelo olhar e pela linguagem do outro também de forma singular. Já aí nos perguntamos: *como pensar a adolescência como categoria estanque e universal?*

Em se tratando de aspectos históricos legais, podemos localizar, a partir do ECA, uma mudança substancial quanto ao olhar dirigido para a infância e juventude, havendo uma transição da situação irregular lançada pelo Código de Menores, para uma visão de proteção integral. Ou seja, as crianças e adolescentes em situações vulneráveis, seja vítima de violência, atuante em confronto com a lei, ou até mesmo aqueles abandonados, ficavam a dispor do Estado que atuava de forma repressiva e correccional. Já com o advento do ECA, esses passaram a ser entendidos como sujeitos de direitos, destacando a peculiaridade da fase de desenvolvimento na qual se encontram (LAINETTI, 2009).

---

<sup>5</sup>Isto posto, é importante pontuar que o presente artigo dará preferência ao termo adolescente, devido a previsão legal do artigo 2º, da lei 8.069/90<sup>5</sup>, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. No entanto, esta escolha será sustentada de forma desvinculada aos estereótipos arraigados na cultura, entendendo-se, pois, que o adolescente deve ser visto sim, como um sujeito que tem um papel relevante na sociedade, e que, apesar de serem imersos nas grandes exigências das adaptações, devem ser implicados em sua forma de atuar na coletividade, ou seja, precisam se responsabilizar pelos seus atos. Neste sentido, é preciso desconstruir o discurso que rotula e impede novos fluxos de expansão na vida do jovem.





### Artigo

Trassi (2006), em seu livro intitulado *Adolescência - violência: desperdícios de vida*, nos convoca a perceber, nesta mesma direção, que o adolescente que está imerso no mundo da violência, à margem da sociedade, é o mesmo que se rodeia de questões outras que colaboram para essa formação *insegura*, o que torna preciso e urgente um estudo transdisciplinar sobre esse fenômeno, pois não se resume a um fato isolado.

O discurso sobre a adolescência deve ser considerado, portanto, de forma multifacetada, inclusive porque este é um tema que passa pelo domínio de vários campos. Contudo, se nos detivermos ao saber jurídico, ao lado do psicológico, como nos propusemos, veremos que o primeiro se propõe a garantia dos direitos, e ao exercício dos deveres da criança e do adolescente, e dispõe de normas, as quais a sociedade, junto ao Estado e à família, devem executar vislumbrando a proteção integral dessas pessoas. Isso se viabiliza a partir de uma distribuição de atribuições competentes a cada uma dessas instituições, de forma que se interligam para garantir a eficácia do desenvolvimento físico, psicológico e social da juventude.

Com esse lugar dado à infância e à juventude no campo jurídico, as estratégias para os adolescentes em conflito com a lei tomaram um novo norte. Tem sido proposto que estes jovens, após seus atos em discordância com as normas sociais, possam ser implicados de forma mais dialogada e sociopedagógica do que coercitiva, em uma tentativa de garantir seus direitos, sua saúde mental e reinseri-lo na sociedade. Portanto, esse novo encaminhamento é marcado pelo advento das medidas socioeducativas que, por sinal, são regulamentadas pelo Sinase<sup>6</sup> (BRASIL, 2012). Essas medidas são cumpridas sob determinação judicial dependendo do agravo avaliado pelo magistrado, ocorrendo, assim, o seguimento de um fluxo.

De acordo com o ECA e o Sinase, os adolescentes, com idade entre 12 e 18 anos, acusados da prática infracional poderão ser responsabilizados, considerando os princípios do artigo 35 da Lei do Sinase e a aplicação das medidas socioeducativas pelo ECA. Entre estas, cita-se a liberdade assistida, prestação de serviços à comunidade, semiliberdade e a medida de privação de liberdade. Entretanto, apesar de todo o aparato legal, o sistema socioeducativo apresenta suas fragilidades.

Pinto e Silva (2014) levantam considerações, muito pertinentes, sobre o que realmente é assegurado a esses jovens. Ao ser determinado para cumprimento de

---

<sup>6</sup>Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional.





### Artigo

sentença, os seus direitos de cidadãos são corrompidos, e mesmo sendo assegurado pelo ECA e pelo Sinase um ambiente que deva ser o mais propício possível para o exercício da cidadania com garantia da saúde mental, essa situação contradiz com a ideia de exclusão do que se tem direito, até mesmo por ser influenciada pelos preceitos dos servidores/diretores responsáveis pela instituição. Um levantamento anual sobre o Sinase que foi realizado pelo Ministério de Direitos Humanos (MDH) em 2016, mas somente publicado em 2018, corrobora com esse argumento.

Os dados coletados explicitaram um número de 49 adolescentes mortos no Brasil, com vinculação ao Sinase, com um índice de 51% marcado pela região Nordeste. Porém, um outro dado alarmante nos chama atenção, 75% dessas mortes foram causadas por conflitos (generalizantes ou pessoais) e suicídio. Apesar de não anunciado formalmente, a mídia já apresenta notícias que corroboram com os índices referentes aos anos de 2017 e 2018, como por exemplo, o caso de uma cachina que ocorreu em Fortaleza com 4 adolescentes que cumpriam sentença de semiliberdade que foram cruelmente assassinados.

O que tem sido percebido é que apesar da proposta de punição ser diferenciada do sistema penitenciário, sua operacionalização não destoa desta aparentemente. Portanto, tendo em vista fragilidades no sistema de atendimento socioeducativo e de promoção da saúde mental, aposta-se aqui na inclusão das formas alternativas ao cenário polarizado, a partir da quebra dos paradigmas da justiça tradicional. No tocante a essa proposta, percebe-se a interposição como uma saída ao posicionamento corrente quanto à questão criminal, indo além do plano repressor. Estamos falando da Justiça Restaurativa.

### **SOBRE A JUSTIÇA RESTAURATIVA**

A Justiça Restaurativa dispõe de significativos enfrentamentos à violência e à intolerância, propondo alterações nos paradigmas retributivos, ou seja, os paradigmas interligados ao direito positivista, que responde a infração com uma sentença que defende a paz social. A moção é proporcionar oportunidades à vítima acometida a se posicionar frente ao processo, visando a reparação, mesmo que mínima possível, dos danos causados à ela, além da implicação do acusado frente a seus atos, levando em conta o social e sua singularidade (PALLAMOLLA, 2010).



### Artigo

Os princípios restaurativos se originaram desde as sociedades comunais, que abarcam as organizações sociais pré-estatais europeias e as coletividades nativas, cuja sobrevivência decorria do trabalho coletivo, de forma que não existiam as relações de poder. Nessas comunidades, o convívio comunitário privilegiava a coesão grupal em detrimento do individual. Em vista disso, a transgressão das normas era solucionada visando a reestruturação social. Vale salientar, que embora também houvesse alternativas punitivas radicais, a tendência de pacificar o desornamento social prevalecia com mecanismos capazes de reestruturá-lo (KONZEN, 2007).

A descentralização do poder passou a tomar um novo rumo com o advento das monarquias e, em seguida, com o surgimento do Estado, passando a reduzir as práticas habituais e o afastamento das vítimas dos processos criminais (CAVARELLAS, 2009). Assim, a dinâmica penal passa a implicar na punição do réu através da privação de liberdade, e expressa uma forma de pena de cunho comportamental, objetivando a reintegração do sujeito. No entanto, essa repreensão elucidada, que permanece no sistema criminal atualmente, não se mostra eficaz, tendo em vista que não há a reinserção do sujeito no convívio social, assim como não visa-se a promoção da saúde mental no sistema penitenciário, o que pode ser um fato que desencadeia o alto índice de reincidência dos sujeitos em conflito com a lei.

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça- CNJ (2014), a Justiça Restaurativa é uma forma de resolução de conflitos que está em constante construção, tendo em vista que é um novo campo no tocante às práticas judiciais. Essa forma alternativa está em funcionamento há mais de dez anos no Brasil, e vem se expandindo pelos estados com práticas cada vez mais diversificadas. No entanto, não apresenta ainda um conceito bem definido.

Ao se tratar do artigo 35 da Lei do Sinase, considerando os princípios II e III do. e as diversas experiências consolidadas em várias regiões do Brasil, o Conselho Nacional de Justiça, lançou a Resolução 225/2016, que dispõe sobre a Política Nacional da Justiça Restaurativa no âmbito do poder Judiciário. Outrossim, a Justiça Restaurativa no âmbito do judiciário é operacionalizada a partir de três etapas. Tais quais consistem no pré-círculo, no qual cada indivíduo é escutado individualmente para saber suas demandas e questões frente ao processo interposto; o círculo de construção de paz, que promove a oportunidade de fala, através do objeto da fala, que dá o poder da fala para quem o detém e o poder de escuta para os demais; e o pós-círculo que acompanha os encaminhamentos dos acordos feitos nos círculos (PRANIS, 2011). Esses momentos



### Artigo

são acompanhados por dois facilitadores que conduzirão os círculos preconizando o cuidado e bem-estar dos que ali estão presentes, através da identificação dos valores e diretrizes, entre eles, ressalta-se a escuta, sobretudo, psicológica.

#### **A escuta psicológica como proposta da Justiça Restaurativa**

A partir de relatos realizados da promoção dos círculos restaurativos, no âmbito do judiciário, percebeu-se a necessidade do falar e de ser escutado pelos sujeitos, que por vezes se esbarram em conflitos aparentemente banais, mas que, ao serem acolhidos, deixam eclodir questões subjetivas que perpassam toda essa relação.

Na psicanálise, a qual inaugura o campo da escuta, é preciso que o analista escute tudo, para que possa escutar alguma coisa, pois o inconsciente, que fala, pulsa a todo momento através da repetição, e insiste para ser escutado (ALONSO, 1988). É diante da prevalência da escuta e pautado pela ética da psicanálise que este artigo se debruça sobre a escuta nos círculos restaurativos. Uma escuta que contrapõe o positivismo impregnado no direito, e que vê as demandas para além de suas causas aparentes.

Para tanto, destaca-se aqui um aspecto que se deve ter cuidado no trabalho institucional, o de operar com o saber do paciente e não um saber sobre o paciente. Segundo Alkmim (2003), ocupando a posição de não saber, não se pode limitar a escuta do sujeito. A partir disto, a invenção virá na medida em que o saber do sujeito for evocado, deslocando do saber para ele e recriando-o a partir do impasse de uma situação (CARVALHO, 2006).

Esse último autor citado ressalva que o trabalho psicanalítico na instituição aposta na eficiência da transferência, na necessidade de sua sustentação e de seu manejo e pelo entendimento do seu tempo lógico que lhe é aferente. A instituição oferece laços transferenciais que advêm da oferta de significantes. Segundo Carvalho (2006), cabe ainda às instituições, acolher a particularidade do sujeito, ao considerar a existências das peculiaridades de cada um. Neste sentido, cada paciente pode criar a sua própria instituição.

A psicanálise é um fecundo campo de pesquisa, que atesta a existência do inconsciente através da constituição do que há de mais particular do sujeito. E é através da escuta que essa singularidade pode ser observada, manifestando o que há de mais particular – as manifestações inconscientes.



### Artigo

Freud, nos primórdios de seus estudos, descobriu a escuta como propulsora dos atendimentos psicanalíticos. Foi em 1889 que uma paciente, Fanny Mozer, ordenou que Freud se afastasse dela e não se mexesse. “Não fale comigo, não me toque. Escute-me, disse ela.” Então, ele abandonou a hipnose e manteve a posição deitada do paciente em uma cama atrás da qual eu ficava sentado, de modo a vê-lo sem ser visto por ele, inventando assim um dispositivo psicanalítico, o divã, o qual permitiu que a palavra se tornasse o ato terapêutico em si (FREUD, 1914/2011).

Com tal base psicanalítica, a resolução de conflitos ocorre de forma colaborativa, sendo ofertado aos prejudicados por uma infração um espaço para que, a partir da fala, expressem seus sentimentos e os impactos (psicológicos, sociais e físicos) causados em sua integridade enquanto sujeito, de forma que esse movimento também poderá colaborar na conjuntura do plano endereçado ao réu para reparar os danos ou evitar a repetição do acontecimento (KOZEN, 2007).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante salientar que a Justiça Restaurativa é um processo comunitário, e não somente jurídico. No que se refere a palavra justiça, esse termo remete-se a valores e não a instituição em si, sendo esta prática possível de ser aplicada em contextos como escolas, para prevenção e diminuição do agravamento dos conflitos; na restauração de vínculos de equipes de trabalho; em crimes com agravamento de porte pequeno ou médio, inclusive na violência doméstica, e até mesmo no cumprimento das medidas socioeducativas destinadas aos jovens em conflito com a lei, em uma tentativa de reinseri-los no convívio social e desviá-los das influências do crime, que estão cada vez mais resistentes.

Essa última situação abordada é muito evidenciada nas varas que tratam de matéria de infância e juventude. Destarte, pensando na diversidade a qual a Justiça Restaurativa se propõe a atingir, é importante refletir sobre aplicação dessa prática com os jovens da nossa sociedade (ZEHR, 2014). Em meio a esses casos, o poder judiciário se mobilizou a debater sobre a relevância da temática, e tem colocado em pauta discussões sobre a Justiça Restaurativa como uma possibilidade alternativa auspiciosa para resolução de conflitos, principalmente criminais, que envolvam pelo menos um infrator e uma vítima.



### Artigo

Por consequência, a Justiça Restaurativa, mesmo sendo destinada ao empoderamento da vítima, também dará aparato ao público juvenil, aparecendo como uma tentativa de trazer a comunidade para os conflitos, de forma espontânea, esclarecedora, que poderá dar ao adolescente a possibilidade de ser visto além dos julgamentos a ele impostos (SANTOS, 2014), promovendo sua saúde mental. Salienta-se aqui que a Justiça Restaurativa não se reduz ao encontro entre comunidade, vítimas e ofensores. Antes, verifica-se nela, de acordo com Oliveira (2008), uma nova ótica sob a atuação jurídica que visa a responsabilização, uma vez que, conduz-se pelos princípios do diálogo, participação e transformação das relações fragilizadas por situações de conflito e violência. Assim, há uma tentativa de humanizar os processos, estabelecendo o comprometimento, confiança e responsabilidade das partes (OLIVEIRA, 2008).

Ressalta-se, ainda, que a proposta não é a substituição dos métodos já existentes, mas sim, uma aposta na ampliação do rol das partes nos processos, haja vista a necessidade de serem escutados antes de serem julgados (ACHUTTI, 2014). Portanto, tal alternativa abre espaço, através de técnicas, para que vítimas e acusados possam falar sobre sua verdade, a verdade do sujeito, singular e regada por significados simbólicos, como ressalta Guyomard (2004).

Essa prática está em processo de implantação no estado, contudo, quando vemos os dados referentes ao andamento junto à infância e a juventude, percebemos que só há prática com os jovens que cumprem medidas em meio aberto. Embora a implantação dessa forma alternativa nos sistemas de meio de privação de liberdade esteja em andamento, ainda não é possível, uma vez que envolve um conjunto de fatores, a começar pela formação dos profissionais, que vem ocorrendo, a fim de aumentar a equipe para dar suporte à prática.

### REFERÊNCIAS

ACHUTTI, D. Justiça Restaurativa e Abolicionismo Penal: contribuições para um novo modelo de administração de conflitos no Brasil. São Paulo: Saraiva, 2014.

ARANTES, E.M.M. Pensando a psicologia aplicada à justiça. In S.G. Gonçalves & E.P. Brandão (Org.), *Psicologia jurídica no Brasil* (pp.15-50). Rio de Janeiro, RJ: Nau Editora, 2004.



**Artigo**

BITENCOURT, C.R. Sistemas Penitenciários. *Falência da pena de prisão: causas e alternativas* (pp. 75-113) (3ªed.). São Paulo, SP: Saraiva, 2004.

BRASIL. Lei 8.069, 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)

BRASIL. Lei 12.594, 18 de janeiro de 2012 - Sistema Nacional de Atendimento socioeducativo (Sinase). Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm)

CARAVELLAS, E.M.C.T.M. Justiça restaurativa. In R. Livianu (Org.), *Justiça, democracia e cidadania*. Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2009. ISBN 978-85-7982-013-7. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/ff2x7/pdf/livianu-9788579820137-11.pdf>.

COIMBRA, C. C., BOCCO, F.; NASCIMENTO, M. L. Subvertendo o conceito de adolescência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 2005, p. 2-11. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672005000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672005000100002&lng=pt&tlng=pt).

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Justiça Restaurativa: o que é e como funciona*. Poder Judiciário, Conselho Nacional de Justiça, 2014.

COSTA, C.R.B.S.F.; ASSIS, S.G. Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo. *Psicologia & Sociedade*, 18(3), 2006, p. 74-81. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000300011>.

FRASER, M.T.D; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Revista Paidéia*. Belo Horizonte, 14(28), 2004, p.139-152. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>





**Artigo**

Gallo, A.E. Atuação do psicólogo com adolescentes em conflito com a lei: a experiência do Canadá. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 2008, p. 327-334.

Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000200015>.

GIAMBERARDINO, A. *Crítica da pena e Justiça Restaurativa: a censura para além da punição*. Florianópolis: Empório do Direito, 2015.

GUYOMARD, P. A ordem da filiação. In S. Altoé (Org.), *Sujeito do direito, sujeito do desejo – direito e psicanálise* (2ªed.). Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2004.

KONZEN, A.A. *Justiça Restaurativa e ato infracional: desvelando sentidos no itinerário da alteridade*. Porto Alegre, RS: Livraria do Advogado, 2007.

LAINETTI, M.O. *Justiça Restaurativa e transformação do laço social: adolescência e autoria do ato infracional* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação de mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Recuperado de <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/17393/1/Manoela%20de%20Oliveira%20Lainetti.pdf>.

MENEZES, J.; COSTA, M. Desafios para a pesquisa: o campo-tema movimento Hip-hop. *Psicologia & Sociedade*. Florianópolis, 22(3), 2010, p. 457-465. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a06.pdf>.

OLIVEIRA, F.N. Justiça Restaurativa no Sistema de Justiça da Infância e da Juventude: um diálogo baseado em valores. In: BRACHER, L.; SILVA, S. *Justiça para o século 21: instituindo praticas restaurativas*. Porto Alegre, RS: Nova Prova, 2008.

OLIVEIRA, D.H.D., FÉLIX-SILVA A.V.; DO NASCIMENTO M.V.N. Produção de sentido nas práticas discursivas de adolescentes privados de liberdade. In I.L. Paiva, C. SOUZA; D.B. RODRIGUES, *Justiça Juvenil: teoria e prática no sistema socioeducativo*. Natal, RN: EDUFRN, 2014.

ROVINSKI, S.R.L. O contexto do trabalho pericial. *Fundamentos da perícia psicológica forense*. (2ª ed.). São Paulo, SP: Vetor, 2007.





**Artigo**

SANTOS, F.C. *Justiça Restaurativa Juvenil: Justiça Restaurativa e o adolescente em conflito com a lei.* (Trabalho de conclusão de curso). Setor de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014. Recuperado de <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/37646/43.PDF?sequence=1&isAllowed=y>.

SCHOEN-FERREIRA, T. H., AZNAR-FARIAS, M. & SILVARES, E. F. F. Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 26(2), 2010, p. 227-234. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000200004>.

SORDI, R. Psiquiatria Forense. In D.E. Zimmerman & A.C.M. Colto (Org.), *Aspectos Psicológicos na Prática Jurídica* (pp. 361-372). Campinas, SP: Millennium, 2007.

SOUSA, E.L.A & BARCELLOS, M.A.Z. Direito à palavra: interrogações acerca da proposta da justiça restaurativa. *Psicologia Ciência e Profissão*, Sin mes, 2011, p. 826-839. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000400012).

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In M. J. P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. (Edição virtual). São Paulo: Cortez, 2013.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (Edição virtual) São Paulo, SP: Cortez, 2013. Recuperado de <http://docplayer.com.br/1386330-Mary-jane-spink-organizadora-praticas-discursivas-e-producao-de-sentidos-no-cotidiano-aproximacoes-teoricas-e-metodologicas.html>.

TRASSI, M.L. *Adolescência - violência: desperdícios de vida*. São Paulo, SP: Cortez, 2006.



**Artigo**

ZEHR, H. *Trocando as lentes: um novo foco sobre o crime e a justiça restaurativa* (2ª ed.). São Paulo, SP: Palas Athena, 2014. Recuperado de <http://docplayer.com.br/1386330-Mary-jane-spink-organizadora-praticas-discursivas-e-producao-de-sentidos-no-cotidiano-aproximacoes-teoricas-e-metodologicas.html>.



**Artigo**

**QUALIDADE DA ÁGUA EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS: ANÁLISES,  
MICROBIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA**

**QUALITY OF WATER IN DENTAL CLINICS: ANALYSIS, MICROBIOLOGY  
AN PUBLIC HEALTH**

Gabryela Linhares Leite<sup>1</sup>  
Veneziano Guedes de Sousa Rêgo<sup>2</sup>  
Andréa Cristina de Sousa Rocha do Rêgo Costa<sup>3</sup>  
Rosalia Severo de Medeiros<sup>4</sup>

**RESUMO** - A qualidade da água em clínicas odontológicas é base para a saúde dos pacientes. Nos procedimentos odontológicos a água entra em contato direto com os tecidos internos, podendo carregar microrganismos e partículas capazes de favorecer infecções. A cidade de Patos no Estado da Paraíba é referência na formação do cirurgião dentista e conflui clínicas odontológicas que apresentam qualidade da água suspeita.

---

<sup>1</sup>Licenciada em Ciências Biológicas pelo CSTR/UFCG. Graduanda em Odontologia nas FIP. E-mail: gabryelalinhaires@hotmail.com

<sup>2</sup>Doutor em Recursos Naturais pelo CTRN/UFCG, Mestre em Recursos Naturais, Especialista em Educação Ambiental, Graduado em Ciências Biológicas CCBS/UEPB, Professor Adjunto do Curso de UACB/CSTR/UFCG - Campus de Patos/PB, Coordenador pedagógico do Curso, Coordenador do Laboratório de Ensino de Biologia (LenBio), Biólogo CRBio: 46.880/5D. E-mail: venezianosousa@gmail.com

<sup>3</sup>Mestra em Ciências da Educação pela ULHT, Portugal, Especialista em Educação, desenvolvimento e políticas educativas pela FIP/Patos, Especialista em saúde coletiva FIP/Patos, Graduada em Enfermagem FIP/Patos, Graduada em Educação Física pela UEPB. Doutorando em Atividade Física e Desporto ULHT, Portugal, Docente da Graduação e Pós-Graduação das Faculdades Integradas de Patos/PB. E-mail: andreaprof.fip@hotmail.com

<sup>4</sup>Doutora em Qualidade Alimentar pela UNL/PT, Mestra em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela UFPB, Brasil, Graduada em Medicina Veterinária UFPB, 1995. Professora Assistente da Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: medeiros.rsm@gmail.com



### Artigo

Diante dos cuidados sanitários aos padrões de potabilidade justifica-se pesquisar a transparência dos processos odontológicos. O presente trabalho objetivou verificar a qualidade microbiológica da água de clínicas odontológicas como contribuição à saúde pública e a qualificação profissional do cirurgião dentista. Foram selecionadas cinco clínicas odontológicas considerando a maior demanda de pacientes. Foi verificada a qualidade microbiológica da água utilizada na seringa tríplice e comparada com a qualidade da água da Companhia de Água e Esgotos da Paraíba – CAGEPA. Foi usado o substrato *Colilert* para a determinação da presença ou ausência de microrganismo. Os resultados provenientes das amostras das clínicas odontológicas (A, B, C, D e E) apresentaram ausência de Coliformes Totais e de *Escherichia coli*. Foi verificado que nas bombas de águas da CAGEPA, localizadas em bairros distintos, a água apresentou coloração. Concluiu-se que as clínicas estudadas apresentaram bons resultados na qualidade microbiológica da água, em sintonia com a Portaria MS nº 2914/2011, ausência de Coliformes totais e *Escherichia coli* e necessidade de efetivo monitoramento para proteção à saúde pública.

**Palavras-chave:** Procedimentos odontológicos. Microbiologia da água. Monitoramento.

**ABSTRACT** - The quality of water in dental clinics is the basis for patients' health. In dental procedures the water comes in direct contact with internal tissues, being able to install microorganisms and particles capable of favouring infections. The city of Patos in the state of Paraíba is a reference in the training of the dental surgeons and concentrates dental clinics with suspicious water quality. In the face of health care and water potability standards it is justified to research these dental procedures. The present study aimed to verify the microbiological quality of water from dental clinics as a way to contribute to public health institutions and to the formation of dental professionals. Five dental clinics were selected based on their higher demand for patients. Microbiological quality of the water used in the triple syringe was verified and compared to the water of Companhia de Água e Esgotos da Paraíba - CAGEPA. The Colilert substrate was used for the determination of the presence or absence of microorganism. The results obtained from samples from dental clinics (A, B, C, D and E) do not have Total Coliforms and *Escherichia coli*. The water inside the water pumps of the CAGEPA, located in distinct



### Artigo

districts, showed coloration. It was concluded that the studied clinics had good results in the microbiological quality of the water, in harmony with the Ordinance MS nº 2914/2011, absence of total Coliformes and Escherichia coli, in addition to effective monitoring for the protection of public health.

**Keywords:** Dental procedures. Microbiology of water. Monitoring

## INTRODUÇÃO

No mundo a água utilizada em clínicas odontológicas merece atenção redobrada no que diz respeito a sua qualidade, tendo que seguir os padrões de potabilidade, pois nos procedimentos odontológicos, os pacientes ficam expostos a microrganismos presente na água.

No Brasil existe um olhar menos cuidadoso com essa qualidade ocasionada pela falta de saneamento básico, esgotos domésticos e indústrias não tratadas e no Estado da Paraíba não é diferente. A cidade de Patos – PB é referência na formação do cirurgião dentista, apesar disso a qualidade da água utilizada nas clínicas odontológicas é suspeita.

A água entra em contato direto com a cavidade bucal podendo ser carregada de microrganismos e de demais partículas indesejáveis à prevenção da saúde bucal dos pacientes submetidos a processos odontológicos.

Segundo Araújo, Souza e Silva (2002), o uso da água em clínicas odontológicas requer grandes cuidados, sendo preciso da ênfase as normas de biossegurança minimizando os meios de transmissão de infecção através de bactérias encontrados nas turbinas de alta rotação de seringas de ar-água dos equipamentos odontológicos.

Diante dos cuidados sanitários aos padrões de potabilidade justifica pesquisar tal problemática como princípio de ação à transparência dos processos odontológicos. Outrossim, contribui com a conscientização dos cirurgiões dentistas na ampliação dos cuidados com as infecções de seus pacientes relacionadas a qualidade da água utilizada, visto que há escassos trabalhos voltados para essa temática.

Neste sentido questiona-se: “a água disponível nos equipo odontológicos das clínicas de odontologia de Patos pode ser considerada microbiologicamente segura”? Se a água das clínicas odontológicas for potável e, portanto, segura, então não haverá



### Artigo

alteração dos padrões microbiológicos da água coletada dos equipo odontológicos.

Sabe-se que a cada dia é mais importante confiar na água que se usa, principalmente, quando ingerimos ou entramos em contato direto por via de procedimentos invasivos.

De acordo com Watanabe *et. al.*, (2003, 2006, 2007) a água do equipo odontológico é uma fonte de contaminação em virtude da formação de biofilmes e desprendimento de microrganismos.

É importante que os cirurgiões dentistas reciclem periodicamente seus conhecimentos de maneira especial em procedimentos de biossegurança (FREITAS, 2012).

Neste contexto, o presente trabalho objetivou analisar a qualidade da água utilizada em clínicas odontológicas como contribuição à saúde pública e a qualificação profissional do cirurgião dentista.

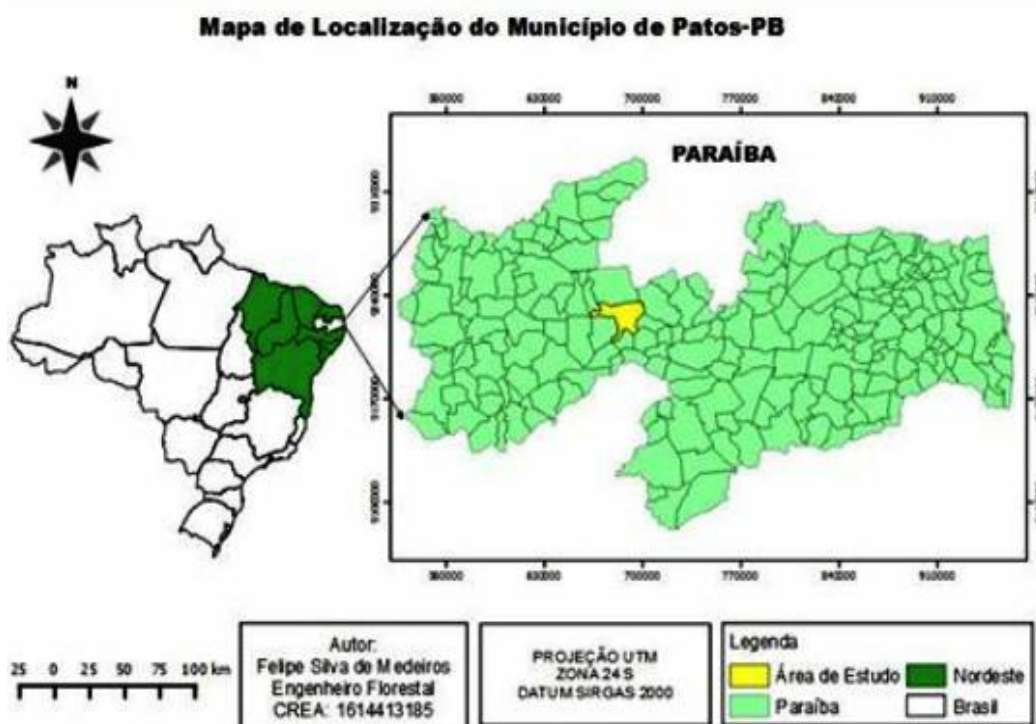
## MATERIAL E MÉTODOS

### Caracterização e localização da área de estudo

O trabalho foi realizado no município de Patos – PB, localizado na mesorregião do Sertão Paraibano, porção central do Estado da Paraíba, Brasil (Figura 1).







**FIGURA 1-** Localização de Patos-PB - Fonte: Felipe S. Medeiros, Eng. Florestal, CREA: 1614413185, 2016.

Segundo o IBGE (2010), a sede do município de Patos-PB fica a 245 m de altitude em relação ao nível do mar, apresenta uma posição geográfica privilegiada que lhe proporciona uma importância singular, determinada pelos paralelos 70 01' 28" de Latitude Sul e 370 16' 48" Longitude Oeste.

De acordo com Cavalcante (2008), Patos – PB, limita-se, ao Norte com o município de São José de Espinharas (a 28 km de distância), ao Sul, com São José do Bonfim (a 16 km de distância), ao Leste, com São Mamede e a Oeste, com Santa Terezinha (a 20 km de distância).

A região apresenta um clima semiárido, com uma estação chuvosa de janeiro a maio, onde ocorre mais de 90% das chuvas e uma estação seca. A temperatura média





### Artigo

anual é de 30,6 °C (mínima de 28,7 °C e máxima de 35,5 °C), havendo pouca variação durante o ano (MOREIRA *et. al.*, 2006).

Patos/PB possui uma população de 100.674 habitantes, tendo a 5ª maior população urbana do estado (IBGE, 2010).

### METODOLOGIA DA PESQUISA

Tratou-se de pesquisa básica quanto à natureza, exploratória quanto aos objetivos, experimental e bibliográfico quanto aos procedimentos.

Segundo Prodanov (2013) a pesquisa básica objetiva gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência sem aplicação prática prevista. [...] pesquisa exploratória: quando a pesquisa se encontra na fase preliminar, tem como finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto. [...] quanto aos procedimentos técnicos, ou seja, a maneira pela qual obtemos os dados necessários para a elaboração da pesquisa.

### Clínicas selecionadas

Foram selecionadas cinco clínicas odontológicas. Para a escolha das clínicas foi observado à demanda pelos serviços da comunidade, o número de alunos que frequenta as instituições, bem como, a possibilidade de contar na pesquisa com dados oriundos de clínica particular, clínica pública, clínica mais sofisticada, clínica menos sofisticada, clínica escola, de forma que a amostra sobre análise geral das principais clínicas da cidade de Patos – PB fosse favorecida.

### Coletas da água nas clínicas odontológicas e da CAGEPA

Foram coletadas de cada clínica odontológica selecionada duas repetições de água das seringas tríplexes. Foram coletadas amostras da água fornecidas pela CAGEPA.

As análises foram feitas pelo método padrão utilizado mundialmente do *Standard Methodes for Examination of Water and Waste Water* para examinação das águas, assim como foi usado o método visual, da observação usando o próprio senso para complementar os dados do exame técnico microbiológica da água.



### Artigo

“O método observacional é um dos mais utilizados nas ciências sociais e apresenta alguns aspectos interessantes, pode ser tido como um do mais moderno visto ser o que possibilita o mais elevado grau de precisão nas ciências sociais (Prodanov, 2013 p.37)”. “O cientista toma providências para que alguma coisa ocorra, a fim de observar o que se segue, ao passo que, no estudo por observação, apenas observa algo que acontece ou já aconteceu (GIL, 2008, p. 16)”.

#### Procedimentos da coleta

Para as análises microbiológicas a água coletada foi imediatamente colocada em recipientes de polietileno com capacidade de 300 ml esterilizados em autoclave a 121°C e tratados com tiosulfato de sódio a 2%, a fim de neutralizar a ação do cloro por ventura existente, conforme Fernandes (2010). Os frascos foram distanciados do corpo durante o enchimento e fechados cuidadosamente ao término sem que houvesse quaisquer filtragens e/ou tratamentos da água coletada. Os recipientes foram acondicionados em caixa de material isotérmico contendo gelo para manter a temperatura baixa e conservar as amostras. Ao final da coleta transportou-se o material para o Laboratório de Análises de Água da CAGEPA de Patos-PB.

Durante as coletas houve a colaboração de toda a equipe das clínicas odontológicas e dos profissionais da CAGEPA de Patos-PB.

#### Análise microbiológica

As análises microbiológica foram realizadas nos mesmos dias das coletas no laboratório da CAGEPA de Patos-PB para a determinação da presença/ausência de Coliformes Totais e *Escherichia coli*, através da análise microbiológica da água.

No laboratório foi feita a assepsia da bancada utilizando álcool a 70%. Foi retirado alíquota de cada amostra coletada e adicionado o substrato *Colilert* para reagir com 100 ml da água em frasco de vidro transparente com capacidade para 300 ml pelo processo de homogeneização. Foram encaminhadas as amostras para uma estufa de cultura (502 ORION) a 37°C de temperatura. Após incubação de 24 horas foi feita a leitura para a determinação da presença ou ausência de Coliformes Totais e de *Escherichia coli*, sendo utilizada a técnica enzimática de substrato definido baseada na ação das enzimas das bactérias que alteram a cor da água. Para a verificação de



### Artigo

Coliformes Totais foi observada a cor da água e para verificação da presença de *Escherichia coli* verificou-se a cor por meio do teste de fluorescência.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível avaliar a realidade mais imediata, com uma ressalva limitante para a cor da água (alterada em algumas clínicas e que demandaria análise físico-química, não contemplada no presente estudo).

### Qualidade da água em clínicas odontológicas

Observou a pesquisa que o critério para escolha das clínicas possibilitou incluir as clínicas mais diversas na cidade de Patos -PB, assim caracterizadas.

- Clínica A (particular) - Centro de Ortodontia e Estética (COE) localizada na Rua Peregrino Filho, no Bairro Brasília;
- Clínica B (clínica popular) Odonto Patos, localizada na Rua Pedro Firmino no Centro da cidade de Patos-PB, foi citada como clínica B;
- Clínica C (clínica PSF) Rita Palmeira, localizada na Rua Titico Gomes, no Bairro Belo Horizonte;
- Clínica D (clínica escola) Faculdade integrada de Patos (FIP), localizada na Rua Horácio Nobrega no Bairro Belo Horizonte;
- Clínica E (clínica escola) Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), localizada na Avenida Universitária no Bairro Santa Cecília.

Durante as coletas foi verificada a fonte de água das clínicas (Tabela 1).



**Artigo**

Tabela 1. Clínicas investigadas e fonte da água consumida nos procedimentos odontológicos

<b>Clínica</b>	<b>Fonte da água utilizada</b>
A	Utiliza água destilada nos procedimentos odontológicos
B	Compra água destilada
C	Compra água destilada
D	Não usa água destilada, usa água filtrada, sendo retirada de um poço artesiano existente na instituição de ensino
E	Destila a água para ser utilizada nos seus procedimentos odontológicos

Fonte: Dados dos Autores, 2016.

A situação se mostrou preocupante no instante em que a clínica se descuidava da fonte da água utilizada para os seus procedimentos odontológicos. Tal prática conflita com os padrões de biossegurança e aumenta os riscos de transmissão das doenças veiculadas pela água

As coletas das águas das seringas tríplice ocorreram nos dias 02 de setembro e 10 de setembro de 2016, respectivamente.

A primeira coleta começou a partir das 08h: 45min na clínica A, 08h55min na clínica B, 09h: 10min na clínica C, 09h: 30min na clínica D e 09h: 45min na clínica E.

A segunda repetição da coleta teve início a partir das 08h: 20min na clínica A, 08h: 30min na clínica B, 08h: 45min na clínica C, 09h: 00min, 09h: 20min na clínica D e 09h: 45min na clínica E (Tabela 2).

Tabela 2. Datas e horários das coletas nas clínicas em estudo.

<b>Clínicas</b>	<b>Coleta 02 de setembro de 2016</b>	<b>Coleta 10 de setembro de 2016</b>
A	08h: 45min	08h: 30min
B	08h55min	08h: 45min
C	09h: 10min	09h: 00min
D	09h: 30min	09h: 20min
E	09h: 45min	09h: 45min

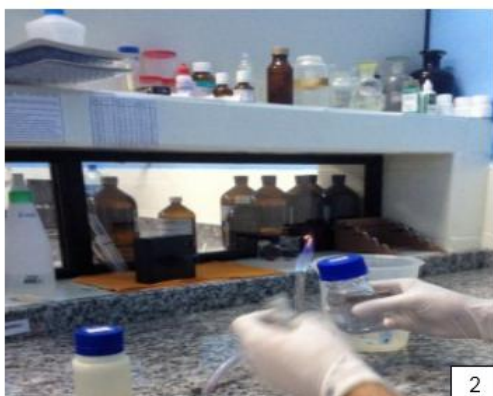
Fonte: Dados dos Autores, 2016.



**Artigo**

O material coletado nas clínicas odontológicas (A, B, C, D e E) foi imediatamente transportado para o Laboratório da CAGEPA, localizada na Rua Severino Soares, Bairro Jardim Guanabara de Patos-PB. A primeira repetição das amostras, teve entrada no laboratório da CAGEPA de Patos-PB às 10h 10min no dia 02 de setembro de 2016 e a segunda repetição às 10h 20min do dia 10 de setembro de 2016.

As análises microbiológicas foram realizadas em seguida observando criteriosamente o método *Standard* para a determinação da presença/ausência de Coliformes Totais e *Escherichia coli* (Figura 2). A aplicação do método cromofluorogênico ocorreu de forma padrão e indicou a leitura de ausência microbiológica (Figuras 3 e 4).



**FIGURA 2-** Aspectos do Laboratório de análise de água da CAGEPA (Patos-PB) onde foram analisadas as amostras coletadas. **FIGURAS 3 e 4** - Resultados do método cromofluorogênico com ausência de Coliformes Totais e do teste de fluorescência (luz azul) indicando ausência por *Escherichia coli*. Fonte: Dados dos Autores, 2016.



### Artigo

Para a análise das amostras da água fornecidas pela CAGEPA, localizada na Rua Severino Soares, Bairro Jardim Guanabara de Patos-PB, teve-se apoio de funcionários que utilizaram o mesmo método e nos foram disponibilizados os dados referentes aos meses de agosto e setembro de 2016.

Pode-se inferir que o método específico para microrganismos possibilitou de forma rápida e simplificada fazer as comparações desejáveis entre os dados das amostras de água coletadas nas clínicas odontológicas e CAGEPA.

Após a interpretação dos resultados se constatou que as amostras de água coletadas nas clínicas odontológicas (A, B, C D e E) não apresentaram presença de Coliformes Totais e *Escherichia coli* (Tabela 3).

Tabela 3- Análise microbiológica da água presentes nos equipos odontológicos observando a presença ou ausência de Coliformes Totais e *Escherichia coli*.

<b>Clínicas odontológicas</b>	<b>Amostras/repetições</b>	<b>Parâmetros (Coliformes totais, <i>Escherichia coli</i>)</b>	<b>Valores máximos permissíveis para que a água seja considerada potável</b>
A	1 (1,2)	Ausente	
B	2 (1,2)	Ausente	Ausência em 100 ml
C	3 (1,2)	Ausente	(Portaria Ministério da
D	4 (1,2)	Ausente	Saúde nº 2.914/2011)
E	5 (1,2)	Ausente	

Fonte: Dados dos Autores, 2016.

Resultados idênticos foram observados em outros estudos nacionais realizados por Guerra *et. al.*, (2006) e Silva *et. al.*, (2009), com ausência de *Escherichia coli*.

Resultados semelhantemente ao presente estudo foram encontrados por Blanch *et.al.*, (2007) que observaram ocorrência de 2% de *Escherichia coli* em 16.576 amostras de água de uma rede de 39 distribuições na cidade de Barcelona, na Espanha.

Bastos e Alves (2000) avaliaram a qualidade bacteriológica da água utilizada nos equipamentos das clínicas odontológicas da Universidade Estadual de Feira de Santana, procurando avaliar a sua potabilidade; e, além disso, das diferentes fontes de





### Artigo

abastecimento das clínicas odontológicas, procurando evidenciar possíveis diferenças nos níveis de contaminação da fonte e dos equipos.

Em estudos realizados Bastos e Alves (2000) a água utilizada nos equipos estava, em sua maioria, de acordo com os padrões de qualidade bacteriológica estabelecida pela legislação em vigência no Brasil, a exceção de um dos grupos que não satisfaz aos critérios; e apenas uma das fontes de abastecimento estava contaminada.

Já os resultados encontrados por Pires (2014) comparando meios de cultura e das técnicas de quantificação de bactérias e fungos em reservatórios e tubulações de água de equipos odontológicos, em todas as clínicas estudadas ocorreu presença de bactérias nos reservatórios dos equipos.

Corroborando com isso Shields et al. (2015) observou que a qualidade da água deteriorou-se substancialmente entre a fonte e a água armazenada, levando um risco em potencial a saúde. Acima de tudo, visando a proteção da saúde, o monitoramento do acesso à água potável se concentra no tipo de abastecimento de água na fonte, na qualidade e manutenção do armazenamento da água potável.

Observa-se que os próprios equipos odontológicos não estão imunes a contaminação microbiológica, dada a formação de biofilme em seu interior, entretanto, o enfoque da presente pesquisa analisou a qualidade da água que abastece as clínicas.

### Comparações da qualidade da água entre clínicas e CAGEPA

Os resultados nas bombas de águas de alguns bairros de Patos, encontrados pela CAGEPA mostraram-se satisfatórios com a ausência de Coliformes Totais e *Escherichia coli* (Tabela 4).





**Artigo**

Tabela 4- Análise microbiológica da água da CAGEPA de Patos-PB nos meses de agosto a setembro de 2016 observando a presença ou ausência de Coliformes Totais e *Escheerichia coli*.

<b>Local/ CAGEP A Ponto de coleta</b>	<b>Agosto/dat a</b>	<b>Setembro /data</b>	<b>Clor o</b>	<b>Parâmetros (Coliformes totais, <i>Escherichia coli</i>)</b>	<b>Valores máximos permissíveis para que a água seja considerada potável</b>
Bomba 1	01	01	> 5,0	Ausente	Ausência em 100 ml (Portaria Ministério da Saúde nº 2.914/2011)
Bomba 2	02	02	> 5,0	Ausente	
Bomba 3	03	05	5,0	Ausente	
Bomba 4	04	08	4	Ausente	
Bomba 5	08	12	> 5,0	Ausente	

Fonte: Dados dos Autores, 2016.

Quando comparados com os resultados das análises da água das seringas tríplexes das cinco clínicas odontológicas estudadas (Tabela 3), os resultados foram semelhantes, não havendo presença de Coliformes Totais e *Escherichia coli*. Ajuíza-se que isso se deva aos cuidados de biossegurança nas clínicas odontológicas.

Mesmo diante do risco, pode-se inferir que a água das clínicas estudadas possui qualidade boa, quando se compara aos padrões de normatização da Portaria MS nº 2914/2011, muito embora tenha sido verificado que as clínicas B, C, e E demonstraram insuficiência de cuidados com a água utilizada nas seringas tríplex e a clínica D, por sua vez, não usa água destilada, o que demanda reforço no monitoramento da qualidade da água.

Resultados semelhantes foram verificados por Ito e colaboradores (2008) ao analisar amostras de água de equipos de aparelhos dentais velhos e novos, onde não foram verificados a presença de *E. coli* nas amostras.

Dahlén e colaboradores (2013) ao analisarem amostras de água dos equipos dos consultórios dentários na Suécia, encontrou resultados satisfatório, dentro do recomendado pela legislação vigente daquele país. Com isto, os autores concluíram que



### Artigo

as águas usada nos equipamentos dentários estava sendo tratada adequadamente, uma vez que atendia as exigências datadas pela legislação.

Já a água da CAGEPA por sua vez, com indicação da ausência de Coliformes Totais e *Escherichia coli* é resultado do forte tratamento e monitoramento das águas para distribuição pública.

Contudo, a ausência de Coliformes Totais (termotolerantes) e *E. coli* nas análises, representa um avanço na saúde pública da cidade de Patos, haja vista que Patos ainda apresenta condições de tratamento de água incompatíveis com a quantidade de esgoto que é produzida em todo o perímetro urbano, totalizando apenas 5% de tratamento de todo o esgoto que é produzido (OLIVEIRA, 2017).

No monitoramento desenvolvido por Silva, Farias e Moura (2017) sobre a qualidade da água do Instituto Mineiro de Gestão das Águas (IGAM), os parâmetros de coliformes termotolerantes foram subestimados pelo modelo corroborando com o presente estudo.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os serviços odontológicos devem ser abastecidos com água ligada à rede pública ou possuir abastecimento próprio, com registro da nascente, suficiente em volume ou pressão e sistema de cloração. A água deve possuir grau de potabilidade de acordo com a Portaria MS nº 2914/2011, que exige a ausência de coliformes totais e termo tolerantes em 100 ml de água para uso odontológico (BRASIL, 2011).

Para microrganismos mesófilos, considera-se o limite máximo de 200 UFC/ml em procedimentos não cirúrgicos (BRASIL, 2006).

A água é um dos principais recursos naturais existentes, é considerada como indispensável para a vida de qualquer espécie Silva; Faria; Moura, (2017).

Consequentemente, a água é um insumo utilizado nos procedimentos odontológicos e necessita de um rigor na sua qualidade, pois os procedimentos invasivos torna-se uma porta aberta para fonte de contaminação no serviço público ou privado.

A *Escherichia coli* é uma bactéria que vive no intestino humano e pode promover contaminação hídrica. Vale destacar que a mesma não causa problemas à saúde quando está no intestino, pois é uma bactéria é normal nesse local. Entretanto, algumas variantes podem desencadear distúrbios gastrointestinais caracterizados por diarreia aquosa. Além disso, está relacionada com infecções urinárias, pneumonias e



### Artigo

meningites quando em contato com a corrente sanguínea pode acarretar vários danos à saúde do indivíduo (LO et al., 2017).

De acordo como anexo 1 da Portaria nº 2.914 de 12 de dezembro de 2011, todas as amostras apresentam-se em conformidade com o padrão microbiológico da água para consumo humano, uma vez que não isolou-se *E. coli* em nenhuma amostra coletada, entretanto, a ausência de *E. coli* das amostras não deveria ser o único padrão, uma vez que outras enterobactérias ainda estão presentes na água (MADIGAN *et. al.*, 2016).

Ainda, segundo Szymanska, Sitkowska, Dutkiewicz (2008), existe na água outras espécies que estão associadas a formação de biofilme em equipamentos odontológicos.

Para além do resultado técnico que constatou a ausência de Coliformes Totais e *Escherichia coli*, foi verificada alteração na coloração da água com aspecto indesejável (coloração marrom) nas clínicas B, C, D e E.

Este fato reflete menor atenção nos cuidados com a qualidade da água. Observa-se que se faz necessário novos estudos capazes de investigar a qualidade dessas águas por análise físico-química.

Ademais, atestaram-se limitações principalmente no plano da higienização inadequada de equipos odontológicos e recipientes de água (caixas d'água e similares).

Para além das limitações ficou a percepção de que na clínica "A" tanto os cirurgiões dentistas, como os demais funcionários seguem os cuidados com biossegurança adequado, fazendo uma desinfecção periódica, dando mais atenção à qualidade da água usada nos equipos odontológicos.

Este fato ainda serve de exemplo para as demais clínicas odontológicas de Patos/PB refletirem suas posturas na busca de adequações e inovações, aonde todos os atores em situação se beneficiem.

O monitoramento da qualidade de água é importante por diagnosticar possível presença de contaminação, principalmente bacteriológica, onde, por meio dessa identificação pode se detectar a presença de microrganismos patogênicos (COELHO et al., 2017).

"Faz necessário ter devido tratamento da água em potabilidade para evitar doenças relacionadas à veiculação hídrica (SOUSA RÊGO, 2014 p. 53)".

Clínicas odontológicas com monitoramento na qualidade de água satisfatória contribuem para o bem-estar dos usuários, diminuindo significativamente os potenciais riscos e agravos na saúde da sua população assistida.



**Artigo**

**CONCLUSÃO**

Do ponto de vista microbiológico a água disponível nas clínicas de odontologia de Patos-PB atende a legislação vigente estabelecida pela Portaria MS nº 2914/2011.

Existiu ausência de Coliformes totais e *Escherichia coli* nas amostras de água usada nos aparelhos das clínicas odontológicas de Patos/PB em 2016.

Os procedimentos odontológicos em Patos/PB estão seguros quanto as variáveis microbiológicas da água consumida, entretanto a ausência de *E. coli* não descarta a possibilidade de ocorrer nessa água outras enterobactérias não isoladas nem outras espécies associadas a formação de biofilme.

Os resultados da qualidade da água oferecida pela CAGEPA e usada em clínicas odontológicas não dispensa o efetivo monitoramento para proteção à saúde.

Existiu modificação na coloração da água em clínicas odontológicas de Patos/PB.

Sugerem-se novos estudos que avaliem a qualidade físico-química das águas utilizadas em clínicas odontológicas.

É prudente intensificar o monitoramento da segurança e dos controles de qualidade da água utilizada em clínicas odontológicas para garantir a saúde pública da sociedade.

**REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, A. M; SOUZA, M. A; SILVA, L. **Análise da qualidade da água de reservatórios de equipamentos odontológicos**. Rev. biociência. Taubaté, v.8, n.1, p.29-36, jan.-jun. 2002. Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté 2002.

APHA – AWWA - WEF (2005). **Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater**, 21st Edition. Washington, D.C.: American Public Health Association/American Water Works Association/Water Environment Federation.



**Artigo**

BASTOS, G. D.; ALVES, T. D. B. **Avaliação bacteriológica da água utilizada nos equipamentos odontológicos das clínicas da UEFS.** 2000. 62 f. Monografia (Curso de Odontologia)-Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana 2000.

BLANCH, A. R.; GALOFRÉ, B.; LUCENA, F.; TERRADILLOS, A.; VILANOVA, X.; RIBAS, F. **Characterization of bacterial coliform occurrences in different zones of drinking water distribution system.** Journal do Applied Microbiology, v.102, n.3, p.711-721, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo estimado em 2010. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 08 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.914**, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914\\_12\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html)>. Acesso em: 15 de junho de 2018.

CAVALCANTE, U.L.V. **A centralidade da cidade de Patos-PB:** Um estudo a partir de arranjos espaciais. Pós-Graduação em Geografia do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB 2008.

COELHO, S. C, *et al.* **Monitoramento da água de poços como estratégia de avaliação sanitária em Comunidade Rural na Cidade de São Luís, MA, Brasil.** Ambiente & Água, v. 12, n. 1, p. 156-167, 2017.

FERNANDES, L. L. **Avaliação das principais metodologias aplicadas às análises microbiológicas de água para consumo humano voltadas para a detecção de coliformes totais e termotolerantes.** Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente 6(2): 49-64, jul-dez, 2010.



**Artigo**

- FREITAS, R. R. **Biossegurança em odontologia** (curso de especialização) Universidade Federal de Minas Gerais Curso de Especialização em atenção básica em saúde da família Corinto-Minas Gerais, 2012 p. 7.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GUERRA, N. M. M.; OTENIO, M. H.; SILVA, M. E. Z.; GUILHERMETTI, M.; NAKAMURA, C. V.; NAKAMURA, T. U.; DIAS FILHO, B. P. **Ocorrência de Pseudomonas aeruginosa em água potável**. Acta Sci. Biol. Sci., v.28, n.1, p.13-18, 2006.
- ITO, I. Y. et. al. **Dental unit water: bacterial decontamination of old and new dental units by flushing water**. International Journal of Dental Hygiene, v.6, I.1, fev, 2008.
- LO, Ching-Lung *et. al.* **Fluoroquinolone therapy for bloodstream infections cauded-spectrum beta-lactamase-producing Escherichia coli and Klebsiella pneumoniase**. Journal of microbiology, immunology and infection, v. 50, 355-361, 2017.
- MOREIRA, J.N. *et al.* **Caracterização da vegetação de Caatinga e da dieta de novilhos no Sertão de Pernambuco**. Pesquisa Agropecuária Brasileira. Brasília, v. 41, n. 11, p. 1643 – 1651, 2006.
- OLIVEIRA, J. L. S. *et. al.* **Recursos hídricos em Patos, Paraíba: tratamento de água e efluentes e análise de ações de recuperação do Rio Espinharas (In II CONIDIS: II Congresso Internacional do Semiárido)**. Disponível em: <<http://www.conidis.com.br>>. Acesso em: 17 de junho de 2018.
- PIRES, G. J. **Comparação dos meios de cultura e das técnicas de quantificação de bactérias e fungos em reservatórios e tubulações de água de equipos odontológicos**. (Mestrado em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas). Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru. São Paulo, Bauru, 2014.
- PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico [recurso eletrônico]** / Cleber Cristiano





**Artigo**

Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.  
Disponível em: <<http://www.faatensino.com.br/wp-content/uploads/2014/11/2.1-E-book-Methodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf>>. Acessado em: 05 de junho de 2018.

SHIELDS, k. F. *et al.* **Association of Supply Type with Fecal Contamination of Source Water and Household Stored Drinking Water in Developing Countries: A Bivariate Meta-analysis.** Environmental Health Perspectives, v.1222, nº 12, Dezembro, 2015.

SILVA, L. M.; SOUZA, E. H., ARREBOLA, T. M.; JESUS, G. A. **Ocorrência de um surto de hepatite A em três bairros do município de Vitória (ES) e sua relação com a qualidade da água de consumo humano.** Ciênc. saúde coletiva, v.14, n.6, p.2163-2167, 2009.

SILVA, M. M. A. P. M.; FARIA, S. D.; MOURA, P. M. **Modelagem da qualidade da água na bacia hidrográfica do Rio Piracicaba (MG).** Engenharia Sanitária e Ambiental, v. 2, n. 1, p. 133-143, 2017.

SOUSA RÊGO, Veneziano Guedes. **Microbacia hidrográfica como instrumento de Educação Ambiental na Articulação pela Revitalização do Riacho das Piabas/PB.** Programa de Pós-Graduação em Recursos Naturais da Universidade Federal de Campina Grande [tese], 2014, 99p.

SZYMANSKA, J., SITKOWSKA, J. e DUTKIEWICZ. **Microbial contamination of dental unit waterlines.** Ann Agrric Environ Med, 15, 173-179. 2008.

WATANABE, E. **Avaliação do nível de contaminação da água do equipo odontológico.** 2003.113f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). Ribeirão Preto, 2003.

WATANABE, E; PIMENTA, C. F; AGOSTINHO, M. A; MATSUMOTO, W; ITO, Y.O. **Diferentes Métodos de Avaliação do Nível de Contaminação Microbiana da Água de Alta Rotação.** Revista Robrac, 15 (40) 2006.





ISSN 2447-2131  
João Pessoa, 2019

### Artigo

WATANABE, E. **Água do equipo odontológico**: técnicas convencionais e moderna para avaliar a contaminação microbiana, 2007. Tese (Doutorado em Biociências Aplicada a Farmácia) Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.



QUALIDADE DA ÁGUA EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS: ANÁLISES,  
MICROBIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA

Páginas 338 a 357

**Artigo**

**A REPERCUSSÃO DO SUICÍDIO NO ÂMBITO FAMILIAR: O SENTIDO DA VIDA DOS SOBREVIVENTES**

**THE REPERCUSSION OF SUICIDE IN THE FAMILY ENVIRONMENT:  
SENSE OF LIVE FROM SURIVIVORS**

Ângela Maria Alves da Rocha<sup>1</sup>  
Mayara Cristina de Araújo Dantas<sup>2</sup>  
Larisse Helena Gomes Macedo Barbosa<sup>3</sup>  
Tainan Martins do Nascimento<sup>4</sup>

**RESUMO** - A morte é a certeza comum do destino dos homens. Quase todas as pessoas, em algum momento de sua vida, vivenciarão a morte de alguém que compunha o seu sistema familiar. Considerando as conexões existentes entre membros de uma família, não é nada surpreendente que a vivência da morte seja algo que repercute em todos os membros daquele sistema. Alguns fatores estão diretamente relacionados com a vivência do luto, a natureza da morte do familiar é um deles. O alto índice de comportamento suicida na atualidade torna necessária a discussão dessa temática preocupante. Os impactos causados por essa epidemia ultrapassam o ciclo familiar, se tornando um problema de saúde pública. A logoterapia acredita que toda existência humana é rica de significado, sendo assim, essa abordagem se apresenta como terapêutica eficaz para a compreensão e assistência a indivíduos que apresentam comportamentos suicidas e suas famílias. O presente estudo é de caráter qualitativo e tem como objetivo compreender como os familiares de pessoas que cometeram suicídio

<sup>1</sup>Discente nas Faculdades Integradas de Patos FIP

<sup>2</sup>Psicóloga pela UFPB, Especialista em Regime de Residência Multiprofissional pelo HU/UFPB, docente nas Faculdades Integradas de Patos FIP. E-mail mayaradantas.psi@gmail.com

<sup>3</sup>Psicóloga pela UFPB, Mestre e Doutora pela UFPB, docente nas Faculdades Integradas de Patos FIP. E-mail larissehelena@hotmail.com

<sup>4</sup>Discente em Nutrição nas Faculdades Integradas de Patos FIP. E-mail tainan1954@hotmail.com



### Artigo

conseguem perceber o sentido da vida mesmo diante desse acontecimento, a pesquisa foi realizada na cidade de São José do Egito-PE, e teve como público alvo membros da família nuclear de jovens entre 14 e 22 anos de idade que cometeram suicídio nos últimos seis anos. Para coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, um questionário sócio-demográfico e aplicado o *PIL-Test*. Os resultados encontrados revelam que ainda existe um tabu elevado quando se trata de morte por suicídio. Esses estigmas dificultam o processo de vivência do luto dos familiares sobreviventes. Evidenciou-se no estudo que a vontade de realizar sentido na vida persiste mesmo diante de realidades imutáveis como a morte.

**Palavras-chave:** Suicídio, Família, Sentido de vida.

**ABSTRACT** - Death is the common certainty of the destiny of men. Almost all people, at some point in their life, will experience the death of someone who made up their family system. Considering the connections between members of a family, it is not surprising that the experience of death is something that affects all members of that system. Some factors are directly related to the experience of mourning, the nature of the death of the relative is one of them. The high rate of suicidal behavior today makes it necessary to discuss this worrying issue. The impacts caused by this epidemic exceed the family cycle, becoming a public health problem. Logotherapy believes that all human existence is rich in meaning, and therefore, this approach presents itself as an effective therapy for understanding and assisting individuals with suicidal behaviors and their families. The present study is of a qualitative nature and aims to understand how relatives of people who commit suicide can perceive the meaning of life even in the face of this event, the research was carried out in the city of São José do Egito-PE, and had as target audience members of the nuclear family of 14- to 22-year-olds who committed suicide in the last six years. For data collection, a semi-structured interview, a socio-demographic questionnaire and the *PIL-Test* were used. The results show that there is still a high taboo when it comes to death by suicide. These stigmas make it difficult to experience the mourning of surviving relatives. It has been shown in the study that the will to make meaning in life persists even in the face of immutable realities such as death.

**Keywords:** Suicide, Family, Sense of life.



## INTRODUÇÃO

O suicídio é um acontecimento que está presente na história da humanidade há bastante tempo, em todos os tipos de culturas. É considerado um acontecimento de origem multifatorial, e resulta de uma junção de fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e socioambientais. Portanto deve ser considerado como o resultado de uma série de fatores acumulados durante a história do indivíduo, não podendo ser visto como algo simples, mas sim como um resultado final de um processo (Carvalho 2014).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as taxas de suicídio vêm aumentando consideravelmente no mundo todo, se estima que no ano de 2020 possa ocorrer um aumento de 50% nos registros anuais de morte por suicídio, sendo que o número de óbitos advindos do suicídio a cada ano supera o número de mortes decorrentes de homicídio e guerras. Vale ainda lembrar que, cada suicídio acaba gerando um impacto na vida de, no mínimo, outras seis pessoas (Ministério da Saúde, 2016).

“O termo suicídio provém do latim “suicide”, que se origina do ‘sui’ que significa, “próprio”, e *caedere* “execução de matar”. Esse termo especifica a intenção de morte ou autodestruição, a prática do suicídio é algo espontâneo onde o indivíduo tem como finalidade provocar a sua própria morte. O suicídio pode ser praticado de várias formas, através de atos que buscam como resultado final a retirada da própria vida (envenenamento, enforcamento, tiro) ou até mesmo por recusa (omissão de alimentar-se) (Freitas & Abreu 2016).

Segundo dados expostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2016, o Brasil é o oitavo país com mais suicídios. Em 2012, foram registrados 11.821 casos. A Índia está em primeiro lugar com 258 mil casos, segundo os dados do relatório, o suicídio é a segunda maior causa de mortes entre pessoas de 15 a 29 anos. No Brasil, uma pessoa por hora comete o suicídio, nesse mesmo período de tempo, outras três tentaram se matar, porém não chegaram a consumir o ato (Ministério da Saúde 2016). Apesar de o Brasil ser um país com o índice altíssimo de casos, o suicídio até então é visto de maneira subestimada, haja vista que a maior parte dos casos ainda não constam nos dados declarados oficiais. (Silva, 2017).



### Artigo

O suicídio é considerado como um fenômeno complexo, um plano de evasão para se livrar da dor que na maioria das vezes acaba se tornando a própria fuga, a fuga da própria vida. Pesquisadores corroboram com a ideia de que não há um fator único capaz de ser responsabilizado pela tentativa e pelo ato suicida, porém na maioria dos casos é a junção de vários fatores: alcoolismo, uso de substâncias, perda de suporte familiar e social, depressão, desesperança, psicopatologias, dor psíquica incontrolável, vazio existencial, que por sua vez acaba acarretando uma perda no sentido da vida o que leva ao sujeito cometer o suicídio (Toro, 2017)

Todos os anos mais de um milhão de pessoas no mundo cometem suicídio, o que torna isso um problema social de enorme relevância para saúde pública. Embora os fatores que contribuem para prática do suicídio variem de acordo com grupos e populações específicas, o público que se encontra em maior nível de vulnerabilidade são os jovens, os idosos e os considerados socialmente isolados, como a população indígena (Vasconcelos, 2016).

O risco de um indivíduo cometer o suicídio aumenta entre aqueles com histórico familiar de suicídio ou de tentativa suicida, dados expostos pela associação brasileira de psiquiatria mostram que existem componentes genéticos, assim como ambientais, envolvidos nesse tipo de caso. A probabilidade de cometer suicídio aumenta ainda mais entre pessoas que foram casadas e que seu cônjuge cometeu o suicídio. O número de óbitos por suicídio é três vezes maior entre pessoas do sexo masculino do que entre pessoas do sexo feminino, porém o número de tentativas sem sucesso é três vezes mais frequente em mulheres. Nos homens, a solidão e o isolamento social são os principais fatores associados ao suicídio, o que muda consideravelmente quando se trata do público feminino, pois a mulher tem redes sociais de proteção mais fortes e se embaucam com mais facilidade do que os homens em tarefas domésticas e comunitárias, o que lhes concede um sentimento de pertença de grupo até o fim da vida (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2016).

Apesar de todos os avanços em relação ao tema suicídio ainda existem erros e preconceitos que continuam sendo repetidos ao longo da história, contribuindo assim para a criação de um estigma sobre o comportamento suicida, o que acaba fazendo as pessoas se sentirem envergonhadas, excluídas e discriminadas. Portanto é de suma importância o esclarecimento e o conhecimento acerca do suicídio, para que se desconstrua e desmistifique a rotulação criada acerca do comportamento suicida (Santana, Sougey, & Silva 2015).





### Artigo

Dentre as diferentes formas de manifestar e verbalizar a dor sentida ao perder um familiar por suicídio, o sentimento de autocupabilização é o primeiro que emerge, seja ele de forma explícita ou implícita, por meio de expressões narrativas ou totalmente carregadas de emoções, como choros e silêncios cheios de arrependimento e sentimentos de culpa, fazendo ainda mais presente nos familiares que mantinham vínculos afetivos e emocionais estreitos com o suicida (Silva, Figueiredo, Mangas, & Vieira 2012).

Para a família, a morte por suicídio é provavelmente a mais difícil de ser entendida e aceita, é bastante comum que os familiares tragam nos seus discursos elementos que demonstrem dúvidas acerca da causa do ocorrido, e se houve realmente o suicídio. Considerando que esse tipo de prática não se encaixa no conceito de boa morte, aquela que ocorre no seu tempo adequado e através de causas biológicas (Osswald, 2016).

Em virtude de todo o estigma relacionado ao suicídio, após a morte, além da família sofrer pela perda do familiar, ainda passam por uma fase de constrangimento, quando começam a sentir vergonha pelo ato acontecido. Essa vergonha, na maioria dos casos, ocorre devido a posturas de pessoas externas à família, como vizinhos que se afastam e amigos que reagem de formas inesperadas, passando a julgar o acontecido; ou até a espalhar informações falsas acerca do ocorrido. Este tipo de atitude acaba interferindo nas relações interpessoais dos familiares em processo de luto; e gerando conflitos intrafamiliares (Silva, Figueiredo, Mangas & Vieira, 2012).

A morte pode ser classificada em dois tipos, a esperada e a inesperada, e pode ou não envolver um período de necessidade de cuidados. Cada tipo de morte acarreta diferentes tipos de reações no âmbito familiar, porém a morte súbita é a que mais atinge a família, pois a mesma não está preparada e nem informada sobre a possibilidade disso vir a acontecer, dessa forma, a família tende a reagir em estado de choque a esse tipo de situação. Além da falta de estrutura psicológica para enfrentar a morte, em alguns casos, também ocorre a falta de preparação para lidar com as realidades advindas após essa morte (Leal, 2017).

Após a perda de um familiar por suicídio a família tende a ser tomada por uma sensação de desamparo, onde nada mais faz sentido, nem vale a pena, principalmente quando a relação familiar é de proximidade. Esse estado de dúvida constante aparece em função dos questionamentos acerca do “porquê”, qual motivo para tal ato, o que acaba levando a família a um questionamento geral acerca das condições de viver diante



### Artigo

daquele momento de sofrimento que parece não ter fim, da existência e da vida como um todo (Dias, 2017).

O luto parental pela morte de um familiar que cometeu o suicídio não é algo fácil de ser aceitado e vivenciado. Após a morte do indivíduo a família passa por uma fase de questionamentos acerca da vida e do sentido de viver, porém é de extrema importância que os familiares não se entreguem ao total sofrimento, que busquem ressignificar o sentido dessa perda, modificando sua visão; e buscando a percepção de um novo sentido mesmo diante da situação de sofrimento inevitável (Neto, V. B. L., 2012).

Os sentidos são considerados únicos, mutáveis e nunca faltam, é possível que se mudem os sentidos, mas eles nunca deixarão de existir. A vida não perde completamente o sentido, nem mesmo quando o indivíduo se depara com uma realidade que não pode ser modificada, como por exemplo, a morte. O ser humano pode passar por situações adversas e experimentar um sentimento de desesperança em relação ao sentido de sua vida, porém não deve jamais esquecer que pode descobrir esse sentido até mesmo nos momentos mais difíceis experienciados por ele. Quando a realidade não pode ser modificada, o indivíduo pode mudar sua percepção e começar ver a situação de outra maneira, fazendo com que, o que por um momento pareceu o fim, possa ser, na verdade, um novo início (Frank, 1969).

É maior a cada dia o número de indivíduos que sofrem de um sentimento desagradável de vazio, falta de sentido na vida, geralmente conceituados pelas pessoas como “vazio interior”. O vácuo existencial faz parte de um fenômeno que vem crescendo e se espalhando em grande escala, o que se torna algo cada vez mais preocupante, levando em consideração que essa falta de sentido acaba gerando no indivíduo uma sensação de inutilidade, de estar apenas a vagar no mundo como se fossem objetos sem um real significado, uma falta de sentido para continuar vivendo diante desse sentimento de apenas existir, o que em muitos casos acaba sendo o fator chave para que essas pessoas venham a cometer o suicídio (Frankl, 1969).

Destarte, este estudo teve como objetivo geral compreender como o sentido de vida é percebido por familiares de sujeitos que cometeram suicídio, e como específicos, avaliar o sofrimento familiar e suas perspectivas de realização dos valores atitudinais, identificar possíveis sentimentos de culpa existentes nos familiares do sujeito que cometeu o suicídio e conhecer qual a percepção dos familiares sobre as circunstâncias que levaram os sujeitos a cometerem suicídio.



**Artigo**

**MATERIAIS E MÉTODO**

O estudo realizado é uma pesquisa de campo no que diz respeito aos procedimentos de coletas de dados será de abordagem qualitativa e de objetivos descritivos e exploratórios.

Participaram da pesquisa membros da família nuclear de jovens que cometeram suicídio nos últimos seis anos. O grau de parentesco entre os indivíduos entrevistados e o familiar falecido foram um pai, uma filha, três mães e cinco irmãos. A pesquisa foi realizada na cidade de São José do Egito-PE.

Contou-se com a participação de 10 familiares com idades variando de 19 a 31 anos de idade. Estiveram aptos a participar da pesquisa sujeitos, maiores de 18 anos, legalmente capazes, que residiam na cidade de São José do Egito-PE, e que fizessem parte da família nuclear do indivíduo que cometeu o suicídio nos últimos seis anos.

Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, abrangendo os seguintes conteúdos: sentimentos da família diante do suicídio, possíveis mudanças de comportamento do sujeito antes de cometer o suicídio, percepção da família sobre existência do motivo que o levou a praticar o ato, visão da família no processo da vivência do luto e possíveis preconceitos existentes acerca do suicídio. Utilizou-se também um questionário sócio demográfico que, segundo Campos (2001) desempenha duas funções: descrever as características e medir determinadas variáveis de um indivíduo ou de um grupo.

Este projeto foi elaborado e realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes às pesquisas envolvendo seres humanos, conforme orientado pela “Resolução no 466/12 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2012).

A coleta de dados foi realizada nas residências dos familiares do indivíduo que cometeu o suicídio. Inicialmente, contato telefônico com as famílias dos indivíduos foi estabelecido, nesse momento, foi explicado aos familiares qual o intuito do estudo, esclarecidos todos os aspectos éticos e sanadas todas as eventuais dúvidas.

Na segunda etapa, foram reforçadas as implicações éticas da pesquisa, esclarecida qualquer dúvida que ainda se apresente e nesse momento. Com a concordância das famílias, foram preenchidos os Termos De Consentimento Livre Esclarecidos (TCLE).



### Artigo

Após isso, iniciou-se a coleta de dados, com a aplicação o questionário sócio demográfico e o Pil-test. Ao final desse processo, foi realizada a entrevista semi estruturada com a finalidade de perceber a visão e os sentimentos existentes na família após perder um familiar por suicídio.

Por fim, fez-se uso do PIL-Test (Purpose in life-Test), instrumento de caráter quantitativo, desenvolvido por Crumbaugh e Maholich (1964), validado por Nobre (2016) com o objetivo de verificar o nível de sentido da vida e de vazio existencial. Os 20 itens desse instrumento formam uma escala do tipo Likert, variando em sete pontos, estes tem como extremos 1= “discordo totalmente” e 7= “concordo totalmente”.

As entrevistas semi-estruturada foram realizada de acordo com a análise de conteúdo de Bardin, que segundo Silva e Fossá (2017), se fundamenta em três fases essenciais, a primeira fase chamada de pré análise, onde acontece a exploração do material, tratamento dos resultados e estabelecimento de uma estrutura de trabalho precisa com procedimentos bem definidos, ainda que estes sejam flexíveis. A segunda fase que consiste na efetivação das decisões que já foram estabelecidas e tomadas antes, e a terceira fase onde o pesquisador tem como base os resultados brutos adquiridos e a partir daí busca torná-los significativos e válidos. A partir disso, foi possível elencar quatro categorias de análise.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Descritivos

Inicialmente, para fins de caracterização da amostra, foi realizada a análise descritiva dos dados coletados através do questionário sociodemográfico, ou seja, frequência e porcentagem da amostra foram elencados quanto ao sexo, estado civil, religião conforme pode ser observado na Tabela 1.



**Artigo**

Tabela 1. *Frequência e porcentagem da amostra quanto ao sexo, estado civil e religião*

Variável	Níveis	F	%
Sexo	Masculino	6	60,0
	Feminino	4	40,0
Estado Civil	Solteiro	7	70,0
	Casado	2	20,0
	Divorciado	1	1,0
	Viúvo	0	0
Religião	Católico	7	70,0
	Outras	3	30,0

Deste modo, pode-se observar que o sexo que prevaleceu foi o masculino com (60%) dos participantes, o estado civil foi o solteiro com (70%), e a religião católica com (70%) dos participantes.

Posteriormente foi realizada a análise dos dados obtidos através da entrevista semiestruturada, onde apartir da análise de conteúdo de Bardin (2011) foi possível elencar quatro categorias de análise. A categorização foi realizada a partir de dados que se mostraram relevantes no processo de análise da entrevista. Inicialmente, foi realizada a pré-análise e organização inicial dos dados coletados, elencando as categorias e formando subcategorias para estas, visando uma melhor compreensão dos dados obtidos.

A primeira categoria foi nomeada como: **1. Percepção de sentido de vida**, dividida em quatro subcategorias, sendo elas a) Sentido diante da terminalidade b) Valores vivenciais, c) Valores criativos, d) Sentido de vida em planos futuros.



**Artigo**

Tabela 2 *Categorização das Entrevistas Percepção de sentido de vida*

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de análise</b>	<b>Frequência</b>
Percepção de sentido na vida	Sentido diante da terminalidade	Mudanças ocorridas após o suicídio do familiar	7x
		Consigo ver um sentido para minha vida	9x
	Valores vivenciais	Encontro o sentido da minha vida na minha família	8x
		Vejo esse sentido de vida no meu relacionamento	2x
	Valores criativos	Encontro o sentido da minha vida nos meus estudos	2x
		Encontrei esse sentido de vida no meu trabalho	4x
	Sentido de vida em planos futuros	Encontrei o sentido de vida nos meus planos futuros de casar, ter filhos e ajudar minha família.	4x

A tabela 3 se refere aos dados coletados na entrevista semiestruturada, acerca da percepção que os familiares dos indivíduos que cometeram suicídio têm do seu sentido na vida. De acordo com os resultados encontrados é possível observar que o fator que revelou maior frequência foi *Consigo ver um sentido para minha vida* (9x), seguido de *Encontro o sentido da minha vida na minha família* (8x), *Mudanças ocorridas após o suicídio do familiar* (7x), *Encontrei esse sentido de vida no meu trabalho* (4x), *Encontrei o sentido de vida nos meus planos futuros de casar, ter filhos e ajudar minha família* (4x), *Vejo esse sentido de vida no meu relacionamento* (2x), e *Encontro o sentido da minha vida nos meus estudos* (2x). Os fatores apresentados acima corroboram a ideia de Santos (2017) onde o mesmo relata que após a morte do indivíduo a família passa por uma fase de questionamentos acerca da vida e do sentido de viver, porém é de extrema importância que os familiares não se entreguem ao total sofrimento, que busquem ressignificar o sentido dessa perda, modificando sua visão; e buscando a





### Artigo

percepção de um novo sentido mesmo diante da situação de sofrimento inevitável, pois os sentidos são únicos e mutáveis.

É possível se observar essa discussão nas seguintes falas:

*“Hoje vejo esse sentido que me motiva viver, na minha família, no meu emprego, no meu relacionamento”. (Familiar 2)*

*“Eu sempre acreditei que tudo que acontece em nossa vida reflete na gente, e depois de perder o meu irmão eu tive ainda mais certeza, os acontecimentos nos modificam, mudando assim nosso sentido das coisas, inclusive da nossa vida”. (Familiar 7)*

*“Hoje encontro o sentido de vida no meu trabalho e na minha família. Mas passei muito tempo da minha vida estagnada, sem objetivos, escolhas, sem vontade de nada”. (Familiar 7)*

A segunda categoria foi nomeada como: **2) Sofrimento familiar diante do suicídio**, compostas por duas subcategorias sendo essas a) *Emoções*, b) *Sentimentos*.



**Artigo**

*Tabela 3. Categorização das Entrevistas Sofrimento familiar diante do suicídio*

<b>Categoria</b>	<b>Subcategori a</b>	<b>Unidade de análise</b>	<b>Frequênci a</b>
Sofrimento familiar diante do suicídio	Emoções	Tristeza	8x
		Dor	4x
	Sentimentos	Impotência	7x
		Preconceito	9x
		Misto de sentimentos	5x
		Não aceitar a morte	5x
	Angústia	5x	

De acordo com a tabela 4 é possível observar que na categoria 2) sofrimento familiar diante do suicídio, o fator mais frequente foi, *preconceito (9x)*, em seguida, *tristeza (8x)*, *impotência (7x)*, *misto de sentimentos (5x)*, *não aceitar a morte (5x)*, *angustia (5x)*, *dor (4x)*. Os dados obtidos através da tabela ratificam a ideia de Figueiredo, Silva e Mangas (2012) onde afirmam que em virtude de todo o estigma ainda relacionado ao suicídio, após a morte, além de a família sofrer pela perda do familiar, passam por uma fase de constrangimento, que segundo a literatura é algo predominante nas famílias de indivíduos que cometeram suicídio, os mesmos passam a sentir vergonha pelo ato acontecido. Essa vergonha, na maioria dos casos, ocorre devido a posturas de pessoas externas à família. Este tipo de atitude geralmente acaba interferindo nas relações interpessoais dos familiares em processo de luto e por vezes gerando conflitos intrafamiliares. A raiva, a angustia, o preconceito social, a recusa em aceitar a situação, são sentimentos bastante comuns a serem vivenciados pelos familiares de indivíduos que cometeram suicídio, o sofrimento gerado a partir da separação repentina acaba trazendo ao familiar uma sensação de total desamparo.

Confirmando o exposto, segue abaixo algumas falas dos participantes onde é possível observar relatos que corroboram com a teoria acima citada:

*“Acho que o preconceito existe sim! principalmente por religiosos que acreditam que os suicidas estão condenados ao inferno ou a viver vagando sem rumo pelo mundo, eles tratam a lembrança do suicida*



### Artigo

*como uma coisa muito ruim, as vezes até nem pensam que a pessoa que cometeu o suicídio era um ente querido e cheio de qualidades”.  
(Familiar 5)*

*“Os sentimentos eram muito variados, lembro-me que me sentia abandonada pelos meus pais, achava que meus pais tinham sido egoístas em me abandonar, mas também existia o meu sentimento de culpa, de impotência e de raiva por parte do resto da minha família. sentia que podiam ter conversado mais é ajudado a evitar a tragédia”  
(Familiar 5)*

*“Foi uma junção de diversos sentimentos, desespero, tristeza, uma sensação de impotência diante daquele momento uma dor de perder alguém de forma tão inesperada, porque quando você já estar consciente de que alguém da sua família pode morrer é uma coisa mas quando acontece assim do nada, você perde todas as estruturas”.  
(Familiar 9).*

A terceira categoria foi intitulada por **3) Compreensão das circunstâncias que levaram o sujeito ao suicídio**, dividida em subcategorias nomeadas como a) *Questões psico-noéticas* b) *Questões psicossociais*, c) *Incompreensão*.

Tabela 4. *Categorização das Entrevistas Compreensão das circunstâncias que levaram o sujeito ao suicídio*

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de análise</b>	<b>Frequência</b>
Compreensão das circunstâncias que levaram o sujeito ao suicídio	Questões psico-noéticas	Se livrar do vazio	5x
		Depressão	1x
	Questões psicossociais	Acumulo de dívidas e drogas	1x
	Incompreensão	Não sabe o motivo	8x



### Artigo

De acordo com a tabela 5 é possível observar que o fator que mais esteve presente na categoria, compreensão das circunstâncias que levaram o sujeito ao suicídio, *foinão sabe o motivo (8x)*, sendo seguido por *se livrar do vazão (5x)*, *depressão (1x)* e *acumulo de dívidas e drogas (1x)*.

Diante disso, Ramos (2017) ressalta que o índice de suicídio tem aumentado cada vez mais atualmente, e que as principais motivações a serem consideradas são: o stress, o desemprego, as dívidas, violência, desilusões, frustrações, desigualdade social, carências, exigências de responsabilidades, dentre outras, porém existem ainda diversos aspectos que podem levar o indivíduo a cometer o suicídio, como, incapacidade da pessoa em ver solução para os seus problemas, pressões com responsabilidades financeiras, desemprego, o humor deprimido, desespero emocional, carência afetiva, a ausência de relações sociais, o isolamento e, diversas vezes, a indisponibilidade por parte das pessoas em ouvir o sofrimento do próximo.

O vácuo existencial faz parte de um fenômeno que vem crescendo e se propagando em grande proporção, pessoas que trazem como demanda uma falta de sentido para a própria existência, a busca constante do porque, uma ausência de sentido que acaba desencadeando nos indivíduos sensações desagradáveis de inutilidade. Os sentidos são únicos, porém aptos a passar por mudanças, jamais deixarão de existir, mas é possível que sejam ressignificados (Frank, V.E 1969).

Segue abaixo duas falas dos entrevistados que ratificam os dados expostos acima:

*“Assim, o verdadeiro motivo até hoje ninguém sabe, mas muito apático, de vez em quando dava uma melhorada assim de 90%, ficava muito alegre assim, mas depois ficava triste de novo, desapareceu por alguns dias, algumas pessoas ainda tentaram ajudar mas acabava que falavam demais, que era frescura, que podia ser manha, cada um dizia uma coisa diferente, mas ninguém nunca chegou pra ele pra perguntar, “Você quer ajuda? Ninguém nunca perguntava nada, só julgava e dizia ser besteira”. (Familiar 2)*

*“Até hoje não se sabe ao certo o real motivo, mas eu creio que foi o acúmulo de dívidas e drogas”. (Familiar 5)*

*“Como eu falei anteriormente eu não consegui perceber nada de diferente naquele momento, cheguei a ouvir algumas ele dizer que*



**Artigo**

*“não via mais alegria nas coisas, e vi algumas publicações nas redes sociais, mas nunca me apeguei a isso, pra mim aquilo não fazia sentido, eu nunca imaginei que algo viesse a acontecer” (Familiar 7)*

A quarta e última categoria foi nomeada como: 4) **Culpa**, composta por três subcategorias a) *Tentativa de reparação*, b) *Sentimento de culpa*, c) *Questionamentos*.

Tabela 5. *Categorização das Entrevistas Culpa*

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de análise</b>	<b>Frequência</b>	
<b>Culpa</b>	Tentativa de reparação	Desejo de mudar a situação	3x	
	Sentimento de culpa	Me sentia culpado (a)	5x	
	Questionamentos	Onde falhamos?		3x
		Como pude não perceber nada?		4x
		Onde eu errei?		3x

A Tabela exposta acima, nos traz dados da categoria Culpa, onde o fator frequentemente apresentado foi, *me sentia culpado (5x)*, seguido de, *como não pude perceber nada?(4x)*, *desejo de mudar a situação (3x)*, *onde eu errei (3x)*, e *onde falhamos (3x)*. O que ratifica a teoria de Silva e Marinho (2017), onde os mesmos afirmam que, a possibilidade de surgimento de aspectos reacionais é algo consideravelmente existente na vida de quem perde um ente, sentimentos como, incredulidade, inconformismo, temores, angústia, e autoimpotência são vivenciados no momento da perda, geralmente quando essa perda ocorre de maneira inesperada existe uma maior potencialidade de desorganização do indivíduo. Tal fato pode ser constatado nos casos de suicídio onde ocorre uma experiência de aniquilamento existencial, os sobreviventes na maioria das vezes se calam diante dos seus íntimos e inúmeros questionamentos e possíveis justificativas, buscando de alguma maneira apaziguar os sentimentos emergentes, já que as interrogações jamais serão inteiramente respondidas. Sentimentos como a raiva pelo indivíduo ter retirado a vida de maneira repentina e injustificável; impotência; ludibriação; frustração; desamparo e também culpa



### Artigo

costumam estar presente nos familiares sobreviventes ao suicídio (Silva, & Marinho 2017).

Confirmando o exposto, segue abaixo algumas falas dos participantes que corroboram com as informações acima citadas:

*“Tristeza era tudo que resumia o momento, ficávamos buscando um porque para aquilo tudo e não existia, nós simplesmente não sabíamos o que fazer, era uma impotência muito grande, um sentimento de culpa, por não ter feito nada, não há como explicar tudo que se passava naquele momento”. (Familiar 2)*

*“Tristeza, impotência, um misto de sensações que não tem como explicar, a gente pensava no porque daquilo acontecer, onde falhamos, porque não conseguimos perceber a tempo de mudar o rumo daquela situação, e ter evitado toda aquela dor”. (Familiar 3)*

*“Foram os mais diversos sentimentos, primeiro o desespero em busca de um porque aquilo estava acontecendo, depois a dor, a tristeza de perder alguém que era tão importante pra mim, uma impotência muito grande, e um dos piores foi o sentimento de culpa, eu ficava pensando em como eu não puder perceber nada, nós vivíamos na mesma casa, frequentávamos os mesmos lugares, mas eu estava tão focado na minha vida, no meu trabalho, no meu mundo, no “meu eu”, que eu não fui capaz de perceber que meu irmão implorava por ajuda, e eu não o ajudei, foi uma das piores coisas que já passei”. (Familiar 7)*

### Exploratórios

Com o objetivo de conhecer as pontuações dos participantes no *PIL-Test*, foi tirada a média nos dois fatores da escala, para cada familiar, bem como, a média geral de todos eles.





**Artigo**

Tabela 6. *Descrição da pontuação dos familiares nos fatores do PIL-Test*

Familiares	Vazio Existencial	Sentido de Vida
	Média	Média
Familiar 1	2,5	7,0
Familiar 2	3,5	3,8
Familiar 3	2,8	5,9
Familiar 4	3,0	4,8
Familiar 5	2,2	4,7
Familiar 6	2,8	4,8
Familiar 7	2,3	4,6
Familiar 8	3,8	4,9
Familiar 9	2,4	5,1
Familiar 10	3,2	4,1
<b>Media Geral (DP)</b>	<b>2,8 (0,49)</b>	<b>5,0 (0,90)</b>

Com base nos dados obtidos através da análise do *PIL-Test* é possível observar os fatores onde os familiares pontuaram e onde o *score* foi mais baixo. Os resultados obtidos ratificam o discurso dos familiares.

O familiar 2 pontuou a média de 3,5 em vazio existencial e 3,8 em sentido de vida.

*“Apesar de muita coisa hoje eu vejo um sentido pra minha vida, apesar de dias difíceis onde achei que não iria suportar tudo, onde achei que nada tinha sentido, acho que consegui me reerguer novamente, embora algumas vezes ainda seja tudo muito confuso e dolorido”. (Familiar 2).*

Considerando a fala acima citada, Ferreira e Marx (2017) relatam que o vácuo constitui um paradoxo, onde mesmo que o indivíduo venha a lhe vivenciar em algum momento da vida, a mesma continua oferecendo ao sujeito uma vasta possibilidade de sentidos a serem realizados. Porém quando existe bloqueio nessa realização de sentido o sujeito passa por um vácuo gerado a partir da frustração derivada de acontecimentos, e para que o indivíduo consiga enxergar essa possibilidade vasta de realização ele deve se lançar para ‘fora’, numa abertura para o mundo em que vive. Foi evidenciado durante a fala do indivíduo que o mesmo, consegue perceber que a vida é rica de sentidos, porém



### Artigo

existe um bloqueio gerado a partir de morte do seu familiar que não lhe permite realizar esse sentido.

Os familiares 4, 5, 6 e 7 pontuaram positivamente no fator sentido de vida com médias de 4,8; 4,7; 4,8 e 4,6. Já no fator vazio existencial as médias foram de 3,0; 2,2; 2,8 e 2,3.

*“Hoje eu consigo perceber que minha vida tem um sentido e que ele estar nas mais diversas coisas do dia a dia. Meus estudos, meus pais, meus planos futuros, em diversas coisas”. (Familiar 4)*

*“É muito difícil pensar sobre isso, acho que o sentido da minha vida varia de acordo com os meus objetivos”. (Familiar 5)*

*“Hoje vejo ele no meu trabalho e na minha família. Mas passei muito tempo da minha vida estagnada, sem objetivos, escolhas, sem vontade de nada”. (Familiar 5)*

*“Vejo o sentido da minha vida nas mais diversas coisas, desde minhas metas de futuro até a minha família”. (Familiar 6)*

*“Eu passei algum tempo a esmo, sabe? Era como se nada fizesse sentido, mas depois que eu encontrei a carta dele e que vi muita coisa lá eu mudei algumas visões minhas, e isso me fez muito bem, embora eu ainda sinta falta, saudade, e tristeza algumas vezes”. (Familiar 7)*

Corroborando as informações acima citadas, Aquino (2017) ressalta que o sentido de vida sempre pode ser modificado, até mesmo diante de situações imutáveis, o indivíduo pode perceber esse sentido de três formas distintas, criando um trabalho ou praticando algum ato, experimentado algo ou encontrando alguém e através das atitudes que tomamos diante do sofrimento inevitável. A partir dos resultados foi possível se observar que os familiares conseguiram realizar sentido mesmo diante do evento traumático de perder alguém da família.

Os familiares 1, 3, 8, 9 e 10 obtiveram alta pontuação em sentido de vida, obtendo como resultados 7; 5,9; 4,9; 5,1 e 4,1, e em vazio existencial os familiares obtiveram um *score* bem mais baixo 2,5; 2,9; 2,8; 3,4 e 3,2.



### Artigo

*“Existem fatos que mudam totalmente sua vida, e ainda bem que eles mudam, porque isso nos dá a chance de acreditar num amanhã melhor quando estamos passando por momentos difíceis”. (Familiar 1).*

*“Apesar de ter tido dias difíceis depois do ocorrido, hoje eu consigo ver a vida como algo maravilhoso, a terapia me auxiliou muito nesse processo, passei a ver a vida de outra maneira depois disso”. (Familiar 3)*

Os relatos expostos acima nos trazem a visão de que se a vida tem sentido como um todo, o sofrimento como parte da vida também o tem. E para Frankl (1969) os sentidos são considerados únicos, mutáveis e nunca faltam, é possível que se mudem os sentidos, mas eles nunca deixarão de existir. A vida não perde completamente o sentido, nem mesmo quando o indivíduo se depara com uma realidade que não pode ser modificada, como por exemplo, a morte. O ser humano pode passar por situações adversas e experimentar um sentimento de desesperança em relação ao sentido de sua vida, porém não deve jamais esquecer que pode descobrir esse sentido até mesmo nos momentos mais difíceis experienciados por ele. Quando a realidade não pode ser modificada, o indivíduo pode mudar sua percepção e começar ver a situação de outra maneira, fazendo com que, o que por um momento pareceu o fim, possa ser, na verdade, um novo início.

*“Vejo esse sentido no meu trabalho, e na minha família, em especial no meu filho que trouxe uma luz a mais para minha vida”. (Familiar 3)*

*“Se existe algo que eu posso dizer hoje é “que não existem dias difíceis que não passem”, eu passei muitos dias sem ver sentido em nada, sem ter um porquê, me questionando sobre a vida, mas hoje se tem algo que eu posso dizer, se tem algum conselho que eu posso dá, é não desistam, outras coisas vão te fazer viver, sua família, seus sonhos, seus filhos, se permitam, eu sei que não é fácil, mas a vida é uma constante mudança e graças a essa mudanças hoje eu vejo um sentido pra continuar vivendo, precisei de um apoio pra ver esse sentido, precisei de ajuda psicológica para enxergar além, mas hoje*



### Artigo

*eu consigo ver, e tudo que eu sempre peço é que outras pessoas tenham a mesma oportunidade que eu tive, de ver a vida com outros olhos, como se diz".(Familiar 10)*

Embora exista proximidade, todos os sujeitos tenderam positivamente ao sentido, mesmo que em menor intensidade, esses resultados corroboram o estudo de Lima e Rosa (2008) que ressaltam, as pessoas tornam-se completas de fé e esperanças quando acreditam num sentido, diante disso o sofrimento pode ser superado pela esperança que pode emergir diante de uma situação de sofrimento vivenciada pelo indivíduo.

### CONCLUSÃO

O que os resultados indicam neste estudo está dentro de uma realidade vivida com sofrimento por parte dos familiares de jovens que cometeram suicídio, tendo em vista que ainda é recorrente o preconceito social acerca dessa temática. Relatos e resultados encontrados revelam que ainda existe um tabu elevado quando se trata do suicídio, estigmas e preconceitos que dificultam ainda mais o processo de vivência dos familiares sobreviventes. De acordo com os resultados do estudo também pôde ser evidenciado que o sentido de vida pode ser encontrado até mesmo diante de realidades imutáveis como a morte.

O suicídio é considerado um fenômeno social à nível nacional que vem aumentando o número das estatísticas, principalmente na faixa etária dos jovens, de acordo com dados expostos pela OMS (organização mundial de saúde) o Brasil é o oitavo país no mundo em número de suicídios. Entre 2000 e 2014 houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo mais de 30% em jovens o que o transforma num problema social preocupante não apenas pelos efeitos sobre a pessoa que o comete, mas também pelas consequências psicológicas que pode gerar nos familiares e pessoas próximas ao suicida. Na contemporaneidade, a morte trata-se de um tema que não é inserido nas pautas dos diálogos sociais e familiares, principalmente quando essa morte se dá por suicídio. Por este motivo, falar de morte e principalmente de suicídio, com suas reações e implicações é altamente desafiador.



### Artigo

Diante da tentativa de cumprir os objetivos do estudo, algumas limitações foram percebidas. Além da dificuldade de acessibilidade aos familiares, também se sobressai a resistência em se falar sobre o tema em evidência. Porém convém destacar que essas limitações vêm a tornar o estudo relevante diante do estigma ainda existente quando se trata do suicídio.

Através dos resultados alcançados, sugerem-se mais pesquisas voltadas ao tema, levando em consideração que o número de estudos voltados aos sobreviventes ao suicídio ainda é um pouco escasso. Grande parte dos estudos encontrados priorizam apenas o indivíduo em si, e não os familiares que passaram por essa perda inesperada. Acredita-se que estudos com ênfase no âmbito familiar possibilite compreensões mais amplas acerca do indivíduo ou grupo que o expresse.

No mais, como perspectiva futura, espera-se que este estudo tenha relevância acadêmica e social, uma vez que fundamentará novas pesquisas e contribuirá para a compreensão acerca do tema. É também esperado que fomente reflexões e impulsione a sociedade a direcionar seu olhar para discussões a respeito desta problemática, que se faz tão emergente no cenário atual.

### REFERÊNCIAS

OLIVEIRA GOMES, Juliana et al. **Suicídio e Internet: análise de resultados em ferramentas de busca**. Psicologia & Sociedade, v. 26, n. 1, 2014.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar de et al. **Estilos de fé e sentido da vida**. Psicol. argum, v. 31, n. 75, p. 665-676, 2013

CARVALHO, Júlio Neves de. **O efeito do fenômeno de suicídios coletivos na geração de renda**. 2014.

DIAS, Melissa Caroline Hermann. **A morte anunciada: considerações sobre a ética da psicanálise no suicídio**. 2017.

FRANKL, Viktor Emil. **A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da logoterapia**. São Paulo: Paulus, 2011.



**Artigo**

FREITAS, Amanda Pereira Barbosa et al. **O fenômeno do suicídio entre profissionais da saúde: uma revisão bibliográfica**. B. (2017). O vazio existencial em interface com o uso de drogas sob a ótica da Logoterapia e análise existencial. *Faculdade Sant'Ana em Revista*, 1(1).

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos et al. **Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 1993-2002, 2012.

LIMA, Adriana Brait; ROSA, Darci de Oliveira Santa. **O sentido de vida do familiar do paciente crítico**. 2008.

LEAL, Maria Pires da Cruz et al. **A compreensão dos discursos de enfermeiras sobre o cuidado à criança con-vivendo com câncer na à luz da psicologia fenomenológico-existencial**. 2017.

TORO, Giovana Vidotto Roman. **Tentativa de suicídio: vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

NETO, Valdir Barbosa Lima. **Morte e sentido da vida: Tanatologia e Logoterapia, um diálogo ontológico**. *Revista Logos & Existência: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, v. 1, n. 1, 2012.

NOBRE, Marco Antonio Ratts. **Purpose in Life Test (PIL-Test): evidências de validade e precisão**. *Revista Logos & Existência: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, v. 5, n. 1, 2016.

OSSWALD, Walter. **Sobre a morte e o morrer**. Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016.

RAMOS, V. A. **COMO PREVENIR O SUICÍDIO**. *Psicologia*. pt, 2017.

SANTOS, Karla Kniphoff dos. **As representações de uma população acerca do suicídio**. 2017.



**Artigo**

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos.** Dados em Big Data, v. 1, n. 1, p. 23-42, 2017.

Vasconcelos, F.E, (2016) **Avaliação Psicológica e os fatores de risco do suicídio.**

DA SILVA, Lorena Galvão Barreto; DE SÁ MARINHO, Carlos Antônio. **SUICÍDIO: ASPECTOS REACIONAIS E O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO LUTO NA FAMÍLIA.** 2017.

DA SILVA, Tatiana de Paula Santana; SOUGEY, Everton Botelho; SILVA, Josimário. **Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas.** Revista Bioética, v. 23, n. 2, p. 419-426, 2015.

SILVA, João Luisda. **Suicídios invisibilizados: investigação dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada.** 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ROCHA SILVA, Cristiane; CHRISTO GOBBI, Beatriz; ADALGISA SIMÃO, Ana. **O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método.** Organizações rurais & agroindustriais, v. 7, n. 1, 2005.





**Artigo**

**ATITUDES SOCIAIS E COMPORTAMENTOS EMPÁTICOS FRENTE AO  
SUICÍDIO**

Isaac Rodas Araújo<sup>1</sup>  
Rebecca Alves Aguiar Athayde<sup>2</sup>  
Débora Najda de Medeiros Viana<sup>3</sup>  
Mayara Cristina de Araújo Dantas<sup>4</sup>  
Daniel Ouriques Braga<sup>5</sup>

**RESUMO** - O suicídio é considerado um problema de saúde pública que afeta o mundo inteiro, sendo influenciado por diversos fatores, sejam biológicos, psicológicos, culturais, sociais, entre outros. Logo, é de compreensão que um desses principais fatores está relacionado as pessoas que circundam os indivíduos que possuem o comportamento suicida e suas ações diante deles. Assim, este estudo busca analisar quais as relações entre as atitudes sociais frente ao comportamento suicida e comportamentos empáticos. Para isso, foram utilizados como instrumentos a Escala de Atitude Frente ao Suicídio (AQUINO, 2009) e o Quociente de Empatia (BARON-COHEN; WHEELWRIGHT, 2004) em 200 estudantes de uma universidade particular do interior da Paraíba. Com os dados obtidos, foram realizadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão e porcentagens) e inferenciais (teste t, ANOVA e MANOVA). Baseado nesta análise, foi possível compreender que quanto maior o nível de empatia social dos indivíduos, mais atitudes favoráveis frente aos suicídios egoísta e altruísta irão existir, assim como quanto mais empatia emocional os sujeitos apresentarem, menos atitudes favoráveis frente ao suicídio egoísta serão encontradas. Logo, esta pesquisa demonstra sua relevância ao encontrar descritores importantes que podem prever determinadas atitudes

---

<sup>1</sup>Discente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: isaac\_rodas@hotmail.com

<sup>2</sup>Docente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos. E-mail: rebeccaathayde@gmail.com

<sup>3</sup>Docente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos.

<sup>4</sup>Docente do Curso de Bacharelado em Psicologia das Faculdades Integradas de Patos.

<sup>5</sup>Mestre em Ciências das Religiões pela Universidade Federal da Paraíba



### Artigo

sociais frente ao comportamento suicida, influenciando para a compreensão de tal fenômeno.

**Palavras-chave:** atitudes sociais, comportamentos empáticos, comportamento suicida.

**ABSTRACT** - Suicide is considered a public health problem that affects the whole world, being influenced by several factors, being biological, psychological, cultural, social, among others. It is therefore of understanding that one of these major factors is related to the people who surround the individuals who possess suicidal behavior and their actions before them. Thus, this study seeks to analyze the relationships between social attitudes towards suicidal behavior and empathic behaviors. To this end, the Suicide Attitude Scale (AQUINO, 2009) and the Quociente de empatia (BARON-COHEN; WHEELWRIGHT, 2004) will be used as instruments for 200 students from a private university in the interior of Paraíba. With the data obtained, descriptive statistics (mean, standard deviation and percentages) and inferences were performed (t-test, ANOVA and MANOVA). Based on this analysis, it was possible to understand that the higher the level of social empathy of the individuals, the more favorable attitudes towards selfish and altruistic suicides will exist, and the more emotional empathy the subjects present, the less favorable attitudes towards selfish suicide will be found. Therefore, this research demonstrates its relevance in finding important descriptors that can predict certain social attitudes towards suicidal behavior, influencing the understanding of such phenomenon.

**Keywords:** social attitudes, empathic behavior, suicidal behavior.

## INTRODUÇÃO

O suicídio pode ser considerado um fenômeno que persegue o ser humano através dos séculos, podendo ser descrito de forma mais geral como o ato de retirar a própria vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) o define como um problema que não depende de apenas uma causa, razão ou motivo, sendo este um fenômeno complexo e resultante da interação entre os fatores sociais, biológicos, psicológicos, ambientais e culturais. Aponta ainda que esta problemática se enquadra



### Artigo

como uma grande questão de saúde pública que abrange todos os países, alertando para a necessidade de capacitação dos diversos profissionais para a prevenção do mesmo.

Muito antes destas discussões, Durkheim (1897) descreve o suicídio como todo ato realizado pela própria vítima que vem a resultar de forma direta ou indiretamente em sua morte, seja este ato positivo ou negativo, advinda de diversos fatores. Ainda, o autor vem a tipificar o suicídio em três formas: o suicídio egoísta, sendo aquele realizado geralmente por pessoas extremamente individualizadas, que estão habitualmente isoladas dos grupos sociais; o suicídio altruísta, sendo relacionado aos atos dos indivíduos que tiram sua própria vida em valor de um grupo social ou da sociedade como um todo; por fim, encontra-se o suicídio anômico, que surge a partir de grandes mudanças na sociedade e o caos que essa mudança pode vir a trazer, como, por exemplo, uma grande crise econômica.

Além da preocupação-com o suicídio em si, Botega (2014) alerta para um outro aspecto a ser lembrado: a tentativa de suicídio, a qual se configura como o principal fator de risco para uma futura realização do ato. Logo, o comportamento suicida precisa ser levado a sério e oferecer uma atenção especial para pessoas que já tentaram o suicídio é uma das principais formas de prevenção para que o ato não venha a se concretizar.

É importante ressaltar que estes não são os únicos fatores que se relacionam ao suicídio. Braga e Dell'Aglio (2013) descrevem que alguns dos principais fatores de risco relacionados ao suicídio seriam a presença de eventos estressores durante a vida, ser exposto a diversos tipos de violência, uso das mais variadas drogas (sejam elas lícitas ou ilícitas), problemas no núcleo familiar, presença de suicídio no histórico familiar, pobreza, mídia, localização geográfica e depressão. Calixto e Zerbini (2016) apontam para o fato de que as mulheres tendem a tentar mais o suicídio, enquanto os homens chegam a cometer mais, estando relacionado aos seus métodos mais agressivos que acabam levando ao êxito.

Logo, percebe-se que o suicídio tem grande relação com os fatores sociais e as consequências que os mesmos podem trazer a vida do ser humano. O comportamento suicida pode vir a provocar diversas formas de atitudes nos sujeitos que circundam aqueles que possuem a ideação e fazem tentativas de suicídio com falhas ou com êxitos. Minayo (1998) alerta para os fatores socioculturais no Brasil; isto é, geralmente os familiares dos suicidas buscam omitir e negociar para que as notificações venham a ser alteradas de alguma forma; a sociedade frequentemente se revela perplexa com esse ato, o que leva a dificuldade de verificar sentimentos de culpa relacionados à pessoa que



### Artigo

veio a cometer suicídio, fatores que revelam as relutâncias da sociedade em lidar com tal ato.

Buscando entender a relação entre as atitudes sociais e comportamentos empáticos, partindo da ideia de que quanto maior a frequência de atitudes positivas frente ao comportamento suicida, maior a frequência de comportamentos empáticos, este estudo foi pensado. Assim, levando em consideração tais atitudes e a gravidade do suicídio na sociedade mundial, esta pesquisa buscou verificar se há relação entre atitudes frente ao comportamento suicida e a capacidade empática dos sujeitos diante deste comportamento.

#### **Comportamento suicida: conceituação, dados epidemiológicos e fatores de risco**

Antes de relacionar as atitudes sociais com o comportamento suicida e empatia, é importante compreender como o suicídio se qualifica e como esses dados vêm aumentando com o passar dos anos. Logo, Barbosa, Macedo e Silveira (2011) descrevem o comportamento suicida como um ato intencional de matar a si mesmo, a partir de uma reflexão sobre os sentimentos, faltas, lacunas e mistérios que circundam a própria existência. Em um boletim epidemiológico sobre o suicídio recentemente divulgado pelo Ministério da Saúde (2017), é apontado que este é um fenômeno que acontece por todo o mundo, compreendendo o mesmo como algo complexo, influenciado por vários fatores.

Ao realizar um estudo descritivo do perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram ou vieram a cometer suicídio entre 2011 e 2016 no Brasil, o Ministério da Saúde (2017) aponta, a partir das fichas de notificação, que, neste período, 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas foram notificados. Desses, 176.226 foram de prática de lesão autoprovocada e, no período de 2011 a 2015, registrou-se 55.649 casos de óbitos por suicídio no país. O risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil habitantes e no feminino 2,4/100 mil. Por fim, neste estudo notou-se um acréscimo de 12% de casos de suicídio no Brasil entre 2011 (10.490 óbitos registrados) e 2015 (11.736 óbitos registrados).

Ainda, é importante alertar pra possível existência de casos que não foram notificados, compreendendo então que tais números podem ser ainda maiores. É relevante então, mencionar que, segundo a Organização Mundial da Saúde (2010), situações como a vulnerabilidade relacionada a doença mental, depressão, alcoolismo, abuso, violência, perdas e uma bagagem cultural e social são alguns dos principais



### Artigo

fatores de risco relacionados ao suicídio. Braga e Dell’Aglío (2013) apontam para o fato de que esses aspectos de forma isolada não são os causadores do suicídio, mas as consequências dos mesmos podem vir a tornar os indivíduos mais vulneráveis ao comportamento suicida.

Alguns fatores que podem ser acrescentados são os antecedentes familiares, a idade, o sexo e relações familiares. Quanto a esse último, Baggio, Palazzo e Aerts (2009) apontam que a família e o contexto social podem influenciar de forma positiva, seja no bem estar e desenvolvimento do sujeito ou de forma negativa, sendo capaz de causar sequelas para toda a vida do indivíduo. Javier e Carlos (2009, citados em VERAS; SILVA; KATZ, 2017), alertam para o fato de que a ideação e as tentativas de suicídio podem ser influenciadas por processos de saúde e doença dentro do contexto familiar, assim como alterações dinâmicas e conflitos dentro da família.

Em um estudo de vários casos de suicídio, buscando identificar o funcionamento e risco familiar a partir da visão de adolescentes que tentaram suicídio e os seus responsáveis, Veras et al. (2017) identificaram que 83,3% dos adolescentes opinaram que sua família era do tipo “desligada”, enquanto 36,4% dos responsáveis definiam as famílias como “separadas”, em um quesito de coesão. A maioria das famílias foram classificadas como de “médio risco”, na visão dos adolescentes (56,6%) e dos responsáveis (68,2%). Assim, os autores concluem que o funcionamento familiar pode vir a predispor os riscos de suicídio, levando essa questão também para um âmbito social.

Percebe-se então, que entre os principais fatores de risco para o surgimento do comportamento suicida, encontram-se as relações familiares, estando relacionado com as suas ações diante do sujeito; assim, as atitudes sociais complementam tais fatores e fundamentam a preocupação para compreender quais são tais atitudes e como elas afetam no indivíduo com a ideação suicida. Logo, é importante entender o que são as atitudes sociais e como elas podem se aplicar ao suicídio.

#### **Atitudes sociais: conceituação**

Existem diversas descrições para as atitudes sociais. Uma delas é apontada por Chahini (2012) como predisposições a comportamentos em determinados momentos que derivam dos valores que foram internalizados durante todo o desenvolvimento do sujeito. Ainda segundo a autora, são as atitudes que representam afinidades e aversões diante das situações do dia a dia. Para Rodrigues, Assmar e Jablonski (2016), as atitudes



### Artigo

são sentimentos pró ou contra pessoas e coisas da qual entram-se em contato, formados durante todo o processo de socialização, surgindo a partir das consequências de características individuais da personalidade, assim como dos determinantes sociais e processos cognitivos.

Allport (1954, citado em SOARES et al., 2013) menciona que a atitude pode ser compreendida como um estado neurológico e mental de alerta, desenvolvido através das experiências do sujeito e sendo capaz de influenciar de forma mentora e dinâmica nas respostas das pessoas a determinadas situações e objetos. Os autores ainda mencionam que, de forma mais geral, a função das atitudes é facilitar as formas adaptativas do indivíduo ao ambiente.

Existem algumas variadas formas para que determinadas atitudes sejam desenvolvidas no sujeito. Segundo Rodrigues et al. (2016), elas podem ser aprendidas a partir de reforços e punições, como por exemplo, o preconceito racial que é uma atitude negativa em relação a determinado grupo social que é formulada a partir da aprendizagem. Ainda, é apontado que a modelagem é um dos processos capazes de desenvolver atitudes pró ou contra objetos sociais, assim como tende-se a ter atitudes semelhantes a pessoas que são consideradas significantes.

Rodrigues et al. (2016) descrevem também alguns elementos das atitudes, sendo elas integradas por três componentes: o componente cognitivo; o componente afetivo e o componente comportamental. Esses autores afirmam que para que exista uma atitude em relação a algo, é preciso que se tenha alguma representação cognitiva de tal objeto ou situação; logo, as crenças, os conhecimentos ou maneira de encarar os acontecimentos formam os componentes cognitivos desta atitude. Acerca do componente afetivo, é descrito que este é o mais nitidamente característico das atitudes, onde o objeto é visto como um alvo de sentimentos pró ou contra. Por fim, os autores apontam que o componente comportamental é formulado a partir da combinação de cognição e afeto, que o instigam diante de determinadas situações.

Levando em consideração que, como apontado por Aronson, Wilson e Akert (2003), as atitudes sociais são mutáveis e influenciadas pelo que os outros fazem e dizem, entende-se que, apesar de serem internas e pessoais, devem ser consideradas como fenômenos sociais. É importante compreender que as mesmas possuem consequências positivas e negativas para os sujeitos que vivenciam determinadas atitudes, sejam as próprias ou vindas de outros. Tais atitudes podem ser formuladas a partir de comportamentos empáticos ou não, fazendo necessário descrever o que são e como são formulados tais comportamentos.





## Artigo

### **Empatia e sua relação com o suicídio**

Ao descrever sobre o conceito de empatia, Pavarino, Del Prette e Del Prette (2005) afirmam que a mesma teve uma história longa, com definições consideradas conflituosas entre as mais variadas áreas de investigação, como sociologia, estética e psicologia. A partir das afirmações de Formiga (2012) sobre essas vertentes acerca da empatia, seja psíquica ou socialmente, essas concepções dirigem-se para uma potencialidade de pensar e criar algum apoio social ou afetivo com relação ao outro, buscando pensar e ser cúmplice para com a situação da outra pessoa. De forma mais ampla, a empatia, segundo Terezam, Reis-Queiroz e Hoga (2016), é uma habilidade de se colocar no lugar das pessoas, buscando visualizar e sentir nessa mesma perspectiva as experiências que são vivenciadas pelos outros, sendo apontada como uma atitude fundamental para o bem-estar físico e mental dos indivíduos.

É possível complementar esse conceito, onde Del Prette e Del Prette (2001), além de descrever empatia como o ato de se colocar no lugar do outro, afirmam que a mesma trata-se de uma ação comportamental que expressa essa compreensão e sentimento empático. Logo, empatia não é apenas o entendimento da perspectiva do outro, mas demonstrar a partir de comportamentos abertos e comunicativos a existência da empatia.

Formiga (2012) menciona que, considerando os estudos no Brasil sobre empatia, percebe-se que a mesma tem o poder de construir aberturas comunicativas, sejam de formas subjetivas ou objetivas, para uma melhor relação com o outro, estimulando e simulando convicções, desejos, percepções e o contexto do outro. Logo, a empatia pode funcionar como um dos principais fatores na hora de saber como agir frente a sujeitos com comportamento suicida.

Fukumitsu (2014) afirma que um profissional da área da psicologia precisa desenvolver como uma de suas ferramentas e formas de agir, um comportamento empático diante de pessoas com ideações e comportamento suicidas. O autor ainda afirma que o manejo com essas pessoas precisa de todo um respeito, disponibilidade, trabalho constante com as dores, tolerância com as dores e trabalhos interdisciplinares. Ainda, é importante afirmar que, esse comportamento de empatia não se faz necessário apenas ao psicoterapeuta, mas também em todos os profissionais, familiares e amigos relacionados a esse indivíduo.





## Artigo

Logo, é compreensível que os comportamentos e atitudes empáticas se façam necessárias na hora de lidar com sujeitos com o comportamento suicida, buscando entender as suas perspectivas e agindo sobre elas, compreendendo o que o outro sente e crê, sendo de grande valor no momento de buscar a prevenção da ideação, do comportamento e do ato concretizado. Diante disto, este estudo foi realizado a partir de uma perspectiva metodológica e científica, a qual será apresentada a seguir.

## MÉTODO

### Amostra

Participaram deste estudo 200 estudantes de uma universidade no sertão paraibano. Estes têm média de idade de 22,34 ( $DP = 6,308$ ) e sendo 62,9% do sexo feminino, 85,6% solteiros, 11,4% casados, 2% divorciados e 1% não se enquadraram em nenhuma dessas categorias. Ademais, o nível de religiosidade dos participantes está na média de 3,38 ( $DP = 1,443$ ). Entre os cursos que participaram da pesquisa, encontravam-se: psicologia (16,8%), biomedicina (15,8%), odontologia (9,9%), nutrição (9,9%), enfermagem (9,4%), direito (8,4%), serviço social (8,4%), fisioterapia (7,9%), jornalismo (6,9%) e medicina (5,9%).

### Instrumentos

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi utilizada a Escala de Atitude Frente ao Suicídio (Aquino, 2009), que objetiva identificar o nível de favorabilidade dos sujeitos frente às cenas de três filmes que representam situações em que há algum tipo de comportamento suicida, baseado nos tipos de suicídio por Durkheim: egoísta, altruísta e anômico. Após a descrição dos cenários, são apresentados seis itens distribuídos igualmente entre argumentos pró (por exemplo, *o personagem deveria pensar que o suicídio pode ser justificado quando continuar vivendo impossibilita o cumprimento de um dever*) e contra (por exemplo, *o personagem deveria pensar que o suicídio é um ato de covardia*) o suicídio de cada personagem, onde cada resposta são dadas em uma escala de **1** = Discordo totalmente a **5** = Concordo totalmente. E o Quociente de Empatia que busca verificar o nível de empatia dos sujeitos, desenvolvido inicialmente por Baron-Cohen e Wheelwright (2004), em uma escala com 60 itens, em



### Artigo

que uma versão reduzida por Diniz (2014) com 28 afirmações que descrevem comportamentos empáticos e (como por exemplo, *consigo perceber se alguém está disfarçando suas emoções verdadeiras*) ou não-empáticos (como por exemplo, *é difícil pra mim entender por que algumas coisas aborrecem tanto as pessoas*), que foram respondidos em uma escala de descrição, em que **1** = Não me descreve em nada e **5** = Descreve-me totalmente.

### Procedimento

Inicialmente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Após a aprovação (CAAE de número 79882817.6.0000.5181), agendando-se o momento oportuno, aplicou-se a Escala de Atitude Frente ao Suicídio e a Escala de Empatia em 200 estudantes de cursos variados, utilizando do material impresso e caneta. Foram necessários vinte minutos para conclusão da pesquisa por parte de cada sujeito.

### Análise de dados

Os dados adquiridos foram computados e analisados no programa SPSS, versão 22. Neste, foram realizadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão e porcentagens) e inferenciais (teste t, ANOVA, MANOVA e correlação), a fim de cumprir os objetivos propostos no presente estudo.

### Aspectos Éticos

Durante o processo da pesquisa, foram realizados todos os procedimentos éticos com base na Resolução 510/16. O projeto foi executado apenas após a aprovação do Comitê de Ética. Respeitando os aspectos de não-maleficência, este estudo não apresenta nenhum dano aos indivíduos que participarem da pesquisa, levando ainda em consideração que os mesmos poderiam recusar a pesquisa a qualquer momento. Aqueles que aceitaram participar da mesma, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidos a todos o direito de sigilo.

### RESULTADOS



### Artigo

Tendo como base o que foi discutido anteriormente, inicialmente, buscou-se comparar as diferenças entre sexos quando relacionados aos fatores da Escala de Atitudes frente ao suicídio, que foram divididas em três dimensões, possuindo dois fatores cada: Escala de atitudes frente ao suicídio anômico (EASAN); Escala de atitudes frente ao suicídio altruísta (EASAT); e Escala de atitudes frente ao suicídio egoísta (EASE). Cada fator presente nas dimensões são descritos como favoráveis (F) e não favoráveis (NF).

Tal como pode ser observado na Tabela 1, a seguir, os homens possuem atitudes a favor do suicídio mais frequentes do que as mulheres, independente das dimensões avaliadas. Entretanto, uma MANOVA para amostras independentes demonstrou que a diferença entre tais médias não é estatisticamente significativa [ $F(12, 364) = 0,76$ ;  $p < 0,69$ ] e Lambda de Wilks igual a 0,95.

Tabela 1. Estatística descritiva entre sexo e a Escala de Atitudes frente ao Suicídio (Aquino, 2009).

SEXO	EASAN_F	EASAT_F	EASE_F
<i>Masculino</i>	<i>M = 2,46</i> <i>DP = 0,11</i>	<i>M = 2,50</i> <i>DP = 0,11</i>	<i>M = 2,59</i> <i>DP = 0,11</i>
<i>Feminino</i>	<i>M = 2,27</i> <i>DP = 0,08</i>	<i>M = 2,23</i> <i>DP = 0,08</i>	<i>M = 2,35</i> <i>DP = 0,08</i>

Nota: EASAN\_F: Atitudes a favor do suicídio anômico; EASAT\_F: Atitudes a favor do suicídio altruísta; e EASE\_F: Atitudes a favor do suicídio egoísta.

Em seguida, buscou-se averiguar as atitudes frente ao suicídio dos estudantes nos diferentes cursos pesquisados. As tabelas abaixo apresentam as estatísticas descritivas acerca das atitudes frente ao suicídio e os cursos de graduação, sendo divididos entre Tabela 2 (comparação entre os cursos e os fatores não favoráveis ao suicídio) e Tabela 3 (comparação entre os cursos e os fatores favoráveis ao suicídio).



**Artigo**

Tabela 2. Comparações múltiplas de Bonferroni entre atitudes não favoráveis (NF) frente ao suicídio anômico, altruísta e egoísta (Aquino, 2009) e os cursos de graduação.

CURSO		<i>EASAN NF</i>	<i>EASAT NF</i>	<i>EASE NF</i>
BIOMEDICINA	<i>M</i> =	3,53	3,42	3,30
	<i>DP</i> =	0,67	0,76	0,78
DIREITO	<i>M</i> =	2,80	2,82	3,11
	<i>DP</i> =	0,72	0,85	0,68
ENFERMAGEM	<i>M</i> =	3,27	3,18	3,00
	<i>DP</i> =	0,82	1,10	1,14
FISIOTERAPIA	<i>M</i> =	2,60	2,85	2,67
	<i>DP</i> =	0,84	0,89	0,76
JORNALISMO	<i>M</i> =	2,71	2,59	2,62
	<i>DP</i> =	0,80	0,72	0,93
MEDICINA	<i>M</i> =	3,27	3,18	2,90
	<i>DP</i> =	0,74	0,95	0,72
NUTRIÇÃO	<i>M</i> =	3,19	3,39	3,32
	<i>DP</i> =	1,06	1,13	1,03
ODONTOLOGIA	<i>M</i> =	2,95	3,20	2,85
	<i>DP</i> =	1,02	0,95	1,05
PSICOLOGIA	<i>M</i> =	2,94	2,71	2,71
	<i>DP</i> =	0,96	1,03	1,04
SERVIÇO SOCIAL	<i>M</i> =	3,08	3,07	2,80
	<i>DP</i> =	0,88	0,64	1,08

Nota: *EASAN\_NF*: Escala de atitudes não favoráveis frente ao suicídio anômico; *EASAT\_NF*: Escala de atitudes não favoráveis frente ao suicídio altruísta; *EASE\_NF*: Escala de atitudes não favoráveis frente ao suicídio egoísta. *M*= média e *DP*= desvio padrão.



**Artigo**

Tabela 3. Comparações múltiplas de Bonferroni entre atitudes favoráveis (F) frente ao suicídio anômico, altruísta e egoísta (Aquino, 2009) e os cursos de graduação.

CURSO		<i>EASAN F</i>	<i>EASAT F</i>	<i>EASE F</i>
BIOMEDICINA	<i>M</i> =	3,27	3,19	3,30
	<i>DP</i> =	0,95	1,02	0,82
DIREITO	<i>M</i> =	2,15	2,27	2,31
	<i>DP</i> =	1,32	1,04	0,93
ENFERMAGEM	<i>M</i> =	1,96	1,98	1,83
	<i>DP</i> =	0,76	0,61	0,56
FISIOTERAPIA	<i>M</i> =	2,08	2,38	2,46
	<i>DP</i> =	0,58	0,87	0,56
JORNALISMO	<i>M</i> =	2,25	2,35	2,13
	<i>DP</i> =	0,59	0,54	0,67
MEDICINA	<i>M</i> =	2,06	1,67	2,90
	<i>DP</i> =	0,95	0,71	1,00
NUTRIÇÃO	<i>M</i> =	2,28	2,19	2,26
	<i>DP</i> =	0,60	0,89	0,59
ODONTOLOGIA	<i>M</i> =	2,25	2,11	2,38
	<i>DP</i> =	0,88	0,73	0,88
PSICOLOGIA	<i>M</i> =	2,15	2,10	2,23
	<i>DP</i> =	0,69	0,79	0,85
SERVIÇO SOCIAL	<i>M</i> =	2,13	2,29	2,55
	<i>DP</i> =	0,73	0,70	1,05

Nota: *EASAN\_F*: Escala de atitudes favoráveis frente ao suicídio anômico; *EASAT\_F*: Escala de atitudes favoráveis frente ao suicídio altruísta; *EASE\_F*: Escala de atitudes favoráveis frente ao suicídio egoísta. *M*= média e *DP*= desvio padrão.



### Artigo

Ao realizar-se uma MANOVA, foi possível identificar que a diferença entre estas médias apontadas acima foram estatisticamente significativas [ $F(54,902) = 2,36, p < 0,00$ ] com Lambda de Wilks igual a 0,50. Isso indica que existe diferença entre os cursos no que concerne as atitudes frente ao suicídio.

É importante ressaltar que, em se tratando das atitudes frente ao suicídio anômico na dimensão desfavorável (Tabela 2), o curso de Biomedicina apresentou o maior valor ( $M = 3,53; DP = 0,67$ ) e o menor valor foi o do curso de Fisioterapia ( $M = 2,60; DP = 0,84$ ). O teste de post hoc de Bonferroni encontrou diferenças estatisticamente significantes entre estes dois cursos. Já em se tratando das atitudes frente ao suicídio anômico na dimensão favorável (Tabela 3), o curso de Biomedicina apresentou o maior valor ( $M = 3,27; DP = 0,95$ ), seguido do curso de Nutrição ( $M = 2,28; DP = 0,60$ ). Já o menor valor foi o do curso de Enfermagem ( $M = 1,96; DP = 0,76$ ). No teste de post hoc de Bonferroni, houve diferenças significativas entre o curso de Biomedicina e todos os cursos abordados nesta pesquisa.

No que concerne as atitudes frente ao suicídio altruísta na dimensão desfavorável (Tabela 2), o curso de Biomedicina apresentou o maior valor ( $M = 3,42; DP = 0,76$ ), seguido de Nutrição ( $M = 3,19; DP = 1,06$ ) e o menor valor foi o do curso de Jornalismo ( $M = 2,71; DP = 0,80$ ). Já em se tratando das atitudes frente ao suicídio altruísta na dimensão favorável (Tabela 3), o curso de Biomedicina apresentou o maior valor ( $M = 3,19; DP = 1,02$ ) e o menor valor foi o do curso de Medicina ( $M = 1,67; DP = 0,71$ ), foi possível encontrar diferenças significativas no teste de post hoc de Bonferroni entre o curso de Biomedicina e os cursos de Direito, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

Por fim, quanto as atitudes frente ao suicídio egoísta na dimensão desfavorável (Tabela 2), o curso de Nutrição apresentou o maior valor ( $M = 3,32; DP = 1,03$ ), seguido de Biomedicina ( $M = 3,30; DP = 0,78$ ) e o menor valor foi o do curso de Jornalismo ( $M = 2,62; DP = 0,93$ ). Já em se tratando das atitudes frente ao suicídio egoísta na dimensão favorável (Tabela 3), o curso de Biomedicina apresentou o maior valor ( $M = 3,30; DP = 0,82$ ) e o menor valor foi o do curso de Enfermagem ( $M = 1,83; DP = 0,56$ ). Nesta dimensão, foi possível identificar através do post hoc de Bonferroni que o curso de Biomedicina diferiu significativamente de todos os cursos, exceto Serviço Social.

Em seguida, buscou-se correlacionar o grau de religiosidade de cada sujeito com as atitudes frente ao suicídio, no qual foi possível encontrar correlações positivas entre os sujeitos com maiores níveis de religiosidade e as atitudes não favoráveis diante dos suicídios anômico, altruísta e egoísta (Tabela 4). Destaca-se que todas as correlações





**Artigo**

foram positivas e significativas, indicando que quanto maior a religiosidade, mais atitudes desfavoráveis frente ao suicídio, seja ele anômico, egoísta ou altruísta. Porém, ressalta-se que as mesmas foram fracas.

Tabela 4. Correlação entre o grau de religiosidade e as escalas de atitudes não favoráveis frente ao suicídio anômico, altruísta e egoísta (Aquino, 2009).

GRAU DE RELIGIOSIDADE	<i>EASAN NF</i>	<i>EASAT NF</i>	<i>EASE NF</i>
<i>r</i> =	0,14	0,21	0,18
<i>p</i> =	0,05	0,003	0,01

Nota: *EASAN\_NF*: trata-se do fator que descreve atitudes sociais não favoráveis frente ao suicídio anômico. *EASAT\_NF*: é o fator que descreve as atitudes sociais não favoráveis frente ao suicídio altruísta. *EASE\_NF*: é o fator que objetivou detalhar as atitudes sociais não favoráveis frente ao suicídio egoísta. R= nível de correlação e p= nível de significância.

Também optou-se por descrever as demais correlações, com os fatores favoráveis das três dimensões da escala de atitudes frente ao suicídio, mesmo sem que estas tenham apresentado significância estatística (Tabela 5).

Tabela 5. Correlação entre o grau de religiosidade e as escalas de atitudes não favoráveis frente ao suicídio anômico, altruísta e egoísta (Aquinho, 2009).

GRAU DE RELIGIOSIDADE	<i>EASAN F</i>	<i>EASAT F</i>	<i>EASE F</i>
<i>r</i> =	0,05	0,00	-0,11
<i>p</i> =	0,48	0,99	0,12

Nota: *EASAN\_NF*: trata-se do fator que descreve atitudes sociais favoráveis frente ao suicídio anômico. *EASAT\_NF*: é o fator que descreve as atitudes sociais favoráveis frente ao suicídio altruísta. *EASE\_NF*: é o fator que objetivou detalhar as atitudes sociais favoráveis frente ao suicídio egoísta. R= nível de correlação e p= nível de significância.



**Artigo**

Por fim, como objetivo geral deste estudo, buscou-se correlacionar a Escala de Atitudes frente ao Suicídio e o Quociente de Empatia, em que pôde-se descrever na tabela abaixo estes resultados encontrados, demonstrando as correlações entre os fatores EASAN\_F, EASAN\_NF, EASAT\_F, EASAT\_NF, EASE\_F e EASE\_NF e os fatores QEDC, QEDE, QEDS.

Tabela 6. Correlação entre a Escala de Atitudes Sociais frente ao Suicídio e o Quociente de Empatia.

FATORES DA ESCALA DO SUICÍDIO		<i>QEDC</i>	<i>QEDE</i>	<i>QEDS</i>
EASAN_F	<i>r</i> =	-0,008	-0,02	0,14*
	<i>p</i> =	0,91	0,78	0,04
EASAN_NF	<i>r</i> =	-0,05	-0,01	0,07
	<i>p</i> =	0,49	0,89	0,30
EASAT_F	<i>r</i> =	-0,08	-0,06	0,12
	<i>p</i> =	0,23	0,35	0,09
EASAT_NF	<i>r</i> =	-0,02	0,004	0,09
	<i>p</i> =	0,75	0,96	0,17
EASE_F	<i>r</i> =	-0,08	-0,13	0,17*
	<i>p</i> =	0,24	0,07	0,01
EASE_NF	<i>r</i> =	-0,005	0,10	0,05
	<i>p</i> =	0,94	0,15	0,43

Nota: Entre os fatores da escala do suicídio, encontra-se EASAN\_F (Escala de atitudes favoráveis frente ao suicídio anômico), EASAN\_NF (Escala de atitudes não favoráveis frente ao suicídio anômico), EASAT\_F (Escala de atitudes favoráveis frente ao suicídio altruísta), EASAT\_NF (Escala de atitudes não favoráveis frente ao suicídio altruísta), EASE\_F (Escala de atitudes favoráveis frente ao suicídio egoísta) e EASE\_NF (Escala de atitudes não favoráveis frente ao suicídio egoísta). No Quociente de Empatia, descrevem-se QEDC (Quociente de Empatia – Dimensão Cognitiva), QEDE (Quociente



### Artigo

de Empatia – Dimensão Emocional) e QEDS (Quociente de Empatia – Dimensão Social).

Quanto as correlações acima, destaca-se os valores encontrados entre atitudes favoráveis frente ao suicídio egoísta e o fator social do quociente de empatia ( $r = 0,17$ ;  $p < 0,01$ ). Isto indica que quanto mais empatia social, mais atitudes favoráveis frente ao suicídio egoísta. Destaca-se ainda dois tamanhos de efeito consideráveis: entre as atitudes favoráveis frente ao suicídio egoísta e a empatia emocional ( $r = -0,13$ ;  $p = 0,07$ ). Esta correlação foi negativa, ou seja, quanto mais empatia emocional, menos atitudes favoráveis frente ao suicídio egoísta. Também merece relevância o tamanho de efeito encontrado entre as atitudes favoráveis frente ao suicídio altruísta e o fator social da empatia ( $r = 0,12$ ;  $p = 0,09$ ). Esta relação foi positiva, indicando que quanto mais empatia social, mais atitudes favoráveis frente ao suicídio altruísta.

Assim, compreendendo estes resultados encontrados nesta pesquisa, é possível levar em consideração alguns padrões identificados dentre eles; logo, se faz necessário uma discussão mais aprofundada acerca disto, identificando os mesmos e relacionando com outras pesquisas que possam vir a explicá-los.

## DISCUSSÃO

Este estudo objetivou analisar quais as relações entre as atitudes sociais frente ao suicídio e os comportamentos empáticos. Inicialmente, percebeu-se que a empatia se enquadra em algumas dimensões, como divididas no Quociente de Empatia (Diniz, 2014), sendo elas: Dimensão Cognitiva, Dimensão Emocional e Dimensão Social. Dentre estes, foi possível identificar uma relação entre a dimensão social e os tipos de suicídio altruísta e egoísta, avaliados pela Escala de Atitudes frente ao Suicídio (Aquino, 2009).

Assim, seguindo as análises apontadas nos resultados, foi compreendido que indivíduos que possuem um maior nível de empatia social, acabam por ter atitudes favoráveis frente ao suicídio egoísta, ou seja, concordando com o fato de que o indivíduo possa chegar a cometer o suicídio. É possível levar em consideração o fato da compreensão empática frente as adversidades que são descritas nos questionários, como por exemplo, o caso de Chuck Noland descrito no primeiro questionário, em que o mesmo encontra-se preso em uma ilha e sem perspectiva de conseguir sair do local,



### Artigo

entendendo o ato como uma verdadeira saída para situações parecidas. Logo, pessoas com características com maior compreensão social, acabaram por serem mais favoráveis frente a este tipo de suicídio.

Outro cenário diz respeito ao suicídio altruísta, em que é descrito a situação de um cardiologista, que se não viesse a cometer o suicídio, precisaria salvar a vida de um general nazista e ocasionaria na morte de diversas pessoas. Neste ponto, os indivíduos com maiores níveis de empatia social, também acabaram sendo favoráveis frente ao suicídio.

Já levando em consideração a dimensão emocional, foi possível verificar que os indivíduos com maiores níveis encontrados neste fator acabavam por ter atitudes desfavoráveis frente ao suicídio egoísta, como apontado no caso de Chuck Noland. Entendendo que esta dimensão engloba situações como sentir-se bem em ouvir o outro ou ser mais sensível e emocional diante dos acontecimentos, é compreensível que os mesmos acabem sendo contra o ato de cometer o suicídio, principalmente em uma situação descrita como na escala, em que o personagem já havia tentado o suicídio e falhado. Como aponta Aquino (2009) na validação destas escalas frente ao suicídio, seria interessante retomar a visão do suicídio egoísta com uma descrição de suicídio consumado, buscando compreender melhor as interpretações dos sujeitos diante do mesmo.

Faz-se importante entender que esta escala possui toda uma fundamentação por trás, baseando-se nas descrições de Durkheim (1897) em suas tipificações do suicídio. Ainda, a visão de atitudes favoráveis e desfavoráveis sobre este ato corrobora com Fairbairn (1999) que disserta sobre as interpretações liberais do suicídio, apontando que a mesma baseia-se nas concepções da autonomia da pessoa, já uma linha de pensamento mais conservadora afirma que o suicídio vem a ser racionalmente indesejável.

Além desses fatores relacionados às atitudes frente ao suicídio e a empatia, foi possível identificar uma certa diferença entre homens e mulheres, em que os primeiros apresentam maiores atitudes a favor do ato. Machado e Santos (2015) ao realizar uma análise das causas e dos perfis das vítimas de suicídio entre os anos de 2000 a 2012, identificaram que os homens cometeram 3,7 vezes a mais do que as mulheres, apesar de que as mulheres tentam mais. Assim, é preciso pensar em estratégias de intervenção focadas também nesse público, entendendo as suas realidades e impulsos.

Entre os cursos analisados, foi possível entender que os cursos de Biomedicina e Nutrição foram aqueles com mais atitudes contra o suicídio, sejam eles tipificados entre Anômico, Altruísta ou Egoísta. Nos fatores a favor do suicídio, encontrou-se presença



### Artigo

nos cursos de Biomedicina, Enfermagem e Nutrição, com níveis consideráveis de favorabilidade. Tais dados poderiam dar subsídios para intervenções de cunho educacional que visassem uma maior preparação para os demais futuros profissionais que poderiam vir a enfrentar situações em que lidariam com sujeitos com comportamentos suicidas.

Tendo em conta que os cursos aqui trabalhados foram da área de saúde, destaca-se que, independente de ser a favor ou contra o suicídio, seria preciso identificar como os sujeitos agiriam diante dos mesmos, levando em consideração que futuramente podem vir a ser participantes de grande importância na vida dos indivíduos que necessitam de ajuda dentro das instalações de saúde.

Abreu et al. (2010) afirmam que geralmente as equipes da área da saúde podem estar preparados para realizar intervenções relacionadas ao suicídio, por muitas vezes acharem que essa problemática é dos especialistas. Os autores ainda alertam que uma composição interdisciplinar é fundamental para que essas várias formas de conhecimento possam abarcar as mais variadas questões do comportamento suicida, mesmo que um especialista não esteja presente.

É preciso considerar que os fatores que acabam influenciando nas atitudes dos sujeitos frente ao comportamento suicida vão além da sua graduação ou sexo; um destes analisados nesta pesquisa foi o fator religioso. Assim, identificou-se que aqueles indivíduos com maiores níveis de religiosidade, acabam tendo uma frequência maior de atitudes contra o suicídio, independentemente que este seja egoísta, altruísta ou anômico. E principalmente no suicídio egoísta, quanto mais religiosidade os sujeitos possuírem, menor o nível de favorabilidade diante do mesmo. Estes resultados também podem possuir uma relação com o fato de que pessoas religiosas tendem a não cometerem suicídio, quando comparado a pessoas não religiosas, como aponta Santos et al. (2017), bem como as crenças religiosas de que o suicídio é algo contrário a vontade de Deus.

É importante mencionar que em futuros estudos é possível abordá-los com uma maior intensidade, diferenciando os tipos de religião e correlacionando com escalas que possam vir a definir diretamente quais as atitudes das pessoas diante do suicídio, assim como a realização de um Modelo Explicativo para explicar o comportamento suicida embasado na empatia, nas atitudes frente ao mesmo e nos valores de cada indivíduo, além disto, seria possível desenvolver um estudo neste âmbito com a utilização de medidas implícitas.



### Artigo

Uma das limitações identificadas nesta pesquisa foi o fato de ser realizado apenas com universitários, assim como trabalhar apenas com medidas explícitas, que podem ser afetadas pela deseabilidade social. Entretanto, estas limitações não diminuem a importância desta pesquisa, sabendo que a mesma pode vir a servir como um pontapé inicial para ramificações com base nesta temática, amplificando para uma população fora do âmbito acadêmico. Ademais, foi possível analisar como a empatia se relaciona com a favorabilidade (ou não) dos sujeitos frente ao suicídio.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa analisou as formas de atitudes sociais frente ao comportamento suicida e como estas se relacionam com as atitudes empáticas. A mesma compreende que o suicídio é influenciado por diversos fatores, sejam eles biológicos, psicológicos e, como no enfoque desta pesquisa, social. Assim, partiu-se da ideia que pelo fator social ser de grande influência no comportamento suicida, era necessário analisá-lo e buscar compreender suas consequências.

Logo, pôde-se perceber que quando a empatia, principalmente neste quesito social, for mais elevada, maior a quantidade de atitudes favoráveis relacionadas aos tipos de suicídio egoísta e altruísta. Além disto, quanto maior a empatia emocional especificada anteriormente, menos atitudes favoráveis relacionados ao suicídio egoísta irão existir.

Esta pesquisa torna-se relevante de forma acadêmica e socialmente, pois traz mais informações acerca de um fenômeno de alta complexidade que persegue o ser humano através dos séculos, em que cada vez mais se torna necessário adentrar nos fatores que o influenciam, considerando que o mesmo afeta e é afetado pelas mudanças ocorridas na humanidade. Essa relevância se faz ainda maior tendo em vista o aumento nos índices de suicídio.

### REFERÊNCIAS

ABREU, Kelly Piacheski; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; KOHLRAUSCH, Eglê; SOARES, Joannie Fachinelli. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiania, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.



**Artigo**

ARONSON, Elliot; WILSON, Timothy; AKERT, Robin. Psicologia Social. Rio de Janeiro, RJ: Livros Técnicos e Científicos, 2003, p. 454.

BAGGIO, Lissandra; PALAZZO, Lilian; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho. Depressão e o suicídio. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011.

BARON-COHEN, Simon; WHEELWRIGHT, Steve. The Empaty Quotient (EQ): An investigation of adults with Asperger Syndrome and high-functioning autismo, and normal sex diferences. Journal of Autism and Develpmental Disorders, v. 34, p. 163-175, 2004.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP, Campinas, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO; Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. Contextos Clínicos, Vale do Rio dos Santos, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.

CALIXTO, Magid; ZERBINI, Talita. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. Saúde, Ética & Justiça, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 45-51, 2016.

CHAHINI, Thelma Helena Costa. A importância das atitudes sociais favoráveis à inclusão de alunos com deficiência nas instituições de ensino. Interfaces da Educação, Paranaíba, v. 7, n. 19, p. 314-328, 2016.

DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira. Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo. Ed. 1. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001, vol. 7.





**Artigo**

DURKHEIM, Émille. O Suicídio: Estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 1879.

FAIRBAIRN, Gavin. Reflexões em torno do suicídio: a linguagem e a ética do dano pessoal. São Paulo, SP: Paulus, 1999.

FORMIGA, Nilson Soares. Os estudos sobre empatia: reflexões sobre um construto psicológico em diversas áreas científicas. Psicologia.pt, Porto, p. 1-14, 2012.

FUKUMITSU, Karina Okajima. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. Psicologia USP, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 270-275, 2014.

LEAL, Noêmia Soares Barbosa; SOARES, Mário Florentino; ROCHA, Ivania Tavares; RIBEIRO, Cristiane Galvão. A atitude dos universitários em relação ao profissional de limpeza urbana. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 33, n. 4, p. 946-963, 2013.

MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A auto-violência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-428, 1998.

Organização Mundial da Saúde - OMS. Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias, Genebra, 2006.

PAVARINO, Michelle Girade; DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilza Aparecida Pereira. O desenvolvimento da empatia como prevenção da agressividade na infância. Psico, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 127-134. 2005.

DINIZ, Pollyane da Costa. Correlatos valorativos e emocionais do altruísmo. Fevereiro de 2009, p. 1-197. Dissertação. Mestrado em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.



**Artigo**

RODRIGUES, Aroldo; ASSMAR, Eveline Maria Leal; JABLONSKI, Bernardo. Psicologia Social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

SANTOS, Hugo Gedeon Barros, et al. Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2878, p. 1-8, 2017.

Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Boletim Epidemiológico, v. 48, n. 30, p. 1-14, 2017.

TEREZAM, Raquel; REIS-QUEIROZ, Jéssica; HOGA, Luiza Akiko Komura. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. REBEn, Brasília, v. 70, n. 3, p. 697-698, 2017.

VERAS, Juliana Lourenço de Araújo; SILVA, Tatiana de Paula Santana; KATZ, Cintia Tornisiello. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio entre adolescentes. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 9, n. 22, p. 70-82, 2017.

World Health Organization. Participant manual – IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV. Genebra, 2010.





Temas em  
**Saúde**