

REVISTA ESFERA ACADÊMICA SAÚDE  
VOLUME 6, NÚMERO 2 - ISSN 2526-1304

REVISTA CIENTÍFICA



ISSN 2526-1304

**REVISTA ESFERA ACADÊMICA SAÚDE**

**Volume 6, número 2**

**Vitória**

**2021**

## **EXPEDIENTE**

**Publicação Semestral**

**ISSN 2526-1304**

**Temática: Saúde**

**Revisão Português**

José Renato Campos

**Capa**

*Marketing* Faculdade Brasileira Multivix- Vitória

Elaborada pela Bibliotecária Alexandra B. Oliveira CRB06/396

*Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, os pensamentos dos editores.*

### **Correspondências**

**Coordenação de Pesquisa e Extensão Faculdade Brasileira Multivix- Vitória**

Rua José Alves, 301, Goiabeiras, Vitória/ES | 29075-080

E-mail: [pesquisa.vitoria@multivix.edu.br](mailto:pesquisa.vitoria@multivix.edu.br)

**FACULDADE BRASILEIRA MULTIVIX - VITÓRIA**

**DIRETOR Geral**

Leila Alves Côrtes Matos

**COORDENAÇÃO ACADÊMICA**

Michelle Oliveira Menezes Moreira

**COORDENADOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO**

Hêmyle Rocha Ribeiro Maia

**CONSELHO EDITORIAL**

Alexandra Barbosa Oliveira  
Karine Lourenzone de Araujo Dasilio  
Michelle Moreira  
Patricia de Oliveira Penina

**ASSESSORIA EDITORIAL**

Cecília Montibeller Oliveira  
Daniele Drumond Neves  
Helber Barcellos Costa  
Karine Lourenzone de Araujo Dasilio

**ASSESSORIA CIENTÍFICA**

Helber Barcellos da Costa  
Ketene W. Saick Corti  
Maycon Carvalho  
Patricia de Oliveira Penina  
Tania Mara Machado  
Vinicius Santana Nunes

## **APRESENTAÇÃO**

A saúde sempre será um objeto de estudo interessante, uma vez que os avanços dessa área resultam em melhora da qualidade de vida de pacientes e em políticas públicas que contribuem para o progresso dos aspectos socioeconômicos e até mesmo culturais da humanidade.

Nessa perspectiva, lançamos a Revista Esfera Acadêmica Saúde, que aborda temas da saúde impactantes para a sociedade atual. Esperamos que a revista seja uma fonte de informação, bem como um meio de conhecimento profundo, com a finalidade de contribuir para a transformação da sociedade.

Boa leitura!

## SUMÁRIO

<b>UMA ANÁLISE ACERCA DOS RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL.....</b>	<b>6</b>
Carlos Marcelo Assis Souza, Karina da Silva Jacobina, Lorena Muniz Teixeira Coutinho, Adriana Elisa de Alencar Macedo	
<b>CARACTERÍSTICAS NEUROPSICOLÓGICAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE.....</b>	<b>26</b>
Eloir Denadai, Sacha Soares Rosa, Winny dos Santos Matias, Mariana Passamani Almeida	
<b>COMO A PARENTALIDADE ASSERTIVA CONTRIBUI PARA A DIMINUIÇÃO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE NA CRIANÇA.....</b>	<b>42</b>
Helen Marin, Lucas Rodrigues, Nayanny Araújo, Mariana Passamani Almeida	
<b>CUIDADOS PALIATIVOS: O PAPEL DA PSICÓLOGA HOSPITALAR E O PROCESSO DE MORTE.....</b>	<b>58</b>
Eduarda Matoso Bermudes, Serena Coutinho Wolkart, Renata Monteiro Baptista, Adriana Elisa de Alencar Macedo	
<b>O IMPACTO DAS REDES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>69</b>
Gabriely dos Santos Reisen, Luis Eduardo Rodrigues da Cunha, Raíssa Portela Teixeira, Bruno Eduardo Silva Ferreira	
<b>VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL E A ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....</b>	<b>86</b>
Háryna Schwambach Rocha, Juliana Lopes Rebel, Maria Eduarda Quintela Balbino, Bianca Lachine Paula	

# UMA ANÁLISE ACERCA DOS RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Carlos Marcelo Assis Souza<sup>1</sup>, Karina da Silva Jacobina<sup>1</sup>, Lorena Muniz Teixeira Coutinho<sup>1</sup>, Adriana Elisa de Alencar Macedo<sup>2</sup>.

Graduando do Curso de Psicologia da Faculdade Multivix - Campus Vitória

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Pará - Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Multivix Campus Vitória

## RESUMO

O presente artigo analisa as políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil, visando produzir uma reflexão sobre normatizações do Ministério da Saúde divulgadas no período de 2016 a 2019. A metodologia utilizada é pautada na pesquisa documental explicativa, em que se propõe analisar as políticas que têm regido os serviços de atenção psicossocial no Brasil nos últimos anos e refletir sobre as consequências que implicam num retrocesso das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, conquistados com tanto esforço a partir da luta popular.

**Palavras-chave:** reforma psiquiátrica, retrocessos, políticas de saúde mental.

## ABSTRACT

This article examines the political scene's influences on the creation of mental health, alcohol and other drugs' public policies in Brazil aiming to create a reflection on normativization from the Ministry of Health published between 2016-2019. The methodology applied is based on the documental explicative research, which seeks to analyze the policies that have ruled the psychosocial services of attention in Brazil over the last few years and reflect over the consequences that imply in setbacks of the Psychiatric Reformation's guidelines, accomplished with such effort by popular request.

**Keywords:** Psychiatric reformation, setbacks, mental health politics.

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com Amarante (1995), durante a década de 1970 o Brasil vivia um processo de redemocratização e mobilização de lutas sociais contra o regime ditatorial vigente. No decorrer desse processo, os movimentos de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ganham força e promovem grandes mudanças no cenário das políticas de saúde e saúde mental no país.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 institui como dever do Estado assegurar a garantia dos direitos básicos sociais e individuais a todo o povo brasileiro a partir da igualdade, liberdade, saúde e bem-estar, pautadas numa sociedade livre, justa, pluralista, solidária e sem preconceitos. A criação da Lei 8080/90 dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilita condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização

e o funcionamento dos serviços baseados nos princípios da universalização, equidade e integralidade. E a Lei 10.216 de 2001 versa sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental, se pautando na garantia dos direitos básicos, na reinserção social e na desospitalização. Esses são exemplos dos ganhos obtidos pelos movimentos de reforma que asseguram aos indivíduos com transtornos mentais sua condição de sujeito de direito e instituem o início do rompimento de uma longa trajetória da lógica manicomial e hospitalocêntrica.

Com a criação do SUS, é possível observar mudanças profundas nas políticas de saúde no Brasil no que diz respeito à atenção básica, possibilitando ganhos como a participação popular, a universalização do direito do acesso da população aos serviços de saúde independente de características sociais, a diminuição das desigualdades, a descentralização, além de uma concepção ampliada de saúde que supera o modelo organicista e medicalizante.

O movimento da Reforma Psiquiátrica estabeleceu a responsabilidade do Estado no desenvolvimento das políticas públicas de saúde e possibilitou o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e a abertura de novos serviços como a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que são métodos substitutivos do modelo asilar e garantem a dignidade do usuário do serviço de saúde mental, álcool e outras drogas a possibilidade de tratamento e reabilitação dentro de parâmetros que preconizam seus direitos como sujeitos sociais, incentivando a autonomia, respeito e liberdade.

Entretanto, na contramão dessas conquistas, nos últimos anos têm-se vivenciado no Brasil a publicação de normativas do Governo Federal que promovem um desmonte da política nacional de saúde mental, estabelecendo a criação de uma nova política com princípios que se assemelham à lógica manicomial e hospitalocêntrica, e que subvertem os ganhos sociais que essas políticas proporcionaram nas últimas décadas ao propor o retorno do incentivo às internações psiquiátricas, a abstinência nos tratamentos de usuários de álcool e outras drogas, o incentivo à eletroconvulsoterapia, dentre outros fatores que apontam não só para o descumprimento das medidas conquistadas

pela Lei 10.216, mas também para um retrocesso nas políticas de saúde mental, álcool e outras drogas.

Entre os documentos que apontam para esses retrocessos está a Resolução Nº 32/2017, que, pela primeira vez desde a Reforma Psiquiátrica, passa a mencionar o hospital psiquiátrico como um dos dispositivos da rede de atenção psicossocial. Junto a ela, a Portaria MS 3.588 de 21/12/2017, que institui o Caps AD IV, um serviço de atendimento em modalidade de urgência e emergência que põe em xeque a teorização do vínculo terapêutico que faz parte da forma de tratamento oferecida pelos Caps.

Ainda entre os retrocessos, a resolução Nº1 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) promove o desmonte da política de redução de danos no tratamento de usuários de álcool e outras drogas, instituindo como método a abstinência total. Esses dados culminam na criação da Nota Técnica Nº 11/2019, que determina essas mudanças na política nacional de saúde mental e sobre drogas, e, posteriormente, no Decreto Presidencial Nº 9.761, de 14/04/2019, que revoga o Decreto Nº 4.345 de 2002 sobre a política nacional antidrogas baseadas na redução de danos. As consequências dessa nova política põem em xeque toda a história de uma luta pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e apontam para o retorno a um modelo excludente, medicalizante, manicomial e asilar.

## **2. ANÁLISE ACERCA DOS GANHOS E RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Segundo Silva e Silva (2020), a tendência ao conservadorismo e as políticas neoliberais que permeiam o cenário político do Brasil nos últimos anos tendem a reorganizar os serviços de saúde mental de forma que andem na contracorrente dos direitos obtidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, tendo em vista que esses movimentos possibilitaram a criação de políticas que instituíssem como dever do Estado assegurar que os direitos básicos de todos os brasileiros fossem garantidos ao passo que as políticas neoliberais, por sua vez, influenciam a criação de propostas que beneficiem o setor privado, como por exemplo o retorno aos hospitais

psiquiátricos, parcerias com residências terapêuticas privadas e incentivo à medicalização.

Ao analisar os pontos destacados abaixo, será possível perceber como as perdas sociais mais significativas ocorridas nos últimos cinco anos nas políticas de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil parecem estar relacionadas com a forma de governo vigente nesse período e com as ideias propagadas por ele, de influência conservadora e neoliberal, o que como consequência provoca um desmonte de diversas políticas sociais e humanizadas em prol de um modelo moralista e excludente.

## **2.1 CENÁRIO DE REDEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL E CONQUISTAS DOS MOVIMENTOS DE REFORMA**

Em termos de ações no âmbito da saúde, na história das políticas públicas, percebeu-se que o Brasil vive cenários alarmantes e críticos enquanto provedor de recursos, ao passo que ao longo do tempo, movimentos importantes foram organizados para conquistar e estabelecer uma perspectiva diferente e mais ética. Contudo, a tendência ao conservadorismo e neoliberalismo, indicadas por meio das mais recentes reorganizações dos serviços de saúde mental dentro do cenário político atual, apontam para um retrocesso diante das conquistas compreendidas ao longo dos anos posteriores à Reforma Psiquiátrica.

Dentre os cenários que demandaram expressões críticas e calorosas em prol de mudanças no Brasil esteve o Golpe Civil-Militar de 1964 (SANTOS, 2013). Esse tempo não somente impactou a democracia, mas também os serviços de saúde vigentes na época de modo muito particular aos que assumiam os cuidados na área de saúde mental. A “Indústria da Loucura” (MELLO, 1977) refletiu ações de segregação a pessoas consideradas desviantes, alienadas e até mesmo improdutivas. Os Hospitais Psiquiátricos, em ampla escala de inauguração, acabaram por tornar-se instrumentos de repressão política, influenciados ainda por questões de ordem econômica ao contemplar a indústria farmacêutica com a medicalização das pessoas internadas (ARANHA, 2003). Segundo dados do mais recente Relatório de Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos do Brasil, 52% da inauguração de instituições asilares

com esse perfil foram estabelecidos durante o Golpe de 1964, o que demonstra uma preocupação por entender a potência que é trabalhar o repertório mental nos sujeitos, contudo, utilizando-se de ferramentas antiéticas, inaceitáveis e condenáveis.

Foi na década de 1950 que os Hospitais Psiquiátricos tomaram força no quesito quantitativo e acabaram por não sustentar tal métrica, assim como as práticas contrárias a um cuidado humanizado, de modo a gerar questionamentos acerca de sua eficácia. Desse modo, em 1978, com influência de movimentos importantes, como o do italiano Franco Basaglia e a proposta de erradicar o contexto que engloba o manicômio, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental abre caminho para mudanças importantes. Em 1980, estruturas que antes funcionavam como manicômios passaram a ser Centros de Atenção Psicossocial (Caps), com uma proposta completamente diferente da estabelecida por meio do viés prioritariamente biomédico. Esse período, no Brasil, foi marcado pela então Reforma Psiquiátrica e início dos trabalhos em relação à Luta Antimanicomial, que persiste nos dias atuais (BATISTA, 2014).

Paulo Amarante, em sua obra “Loucos pela vida”, disserta sobre o importante movimento de Reforma Psiquiátrica, trazendo ainda uma análise sobre o Paradigma Psiquiátrico clássico que precisava ser confrontado, em que fica evidente a segregação do louco em vista da produção do saber médico:

A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e equilíbrio. Dessa forma, a relação que se estabelece entre o sujeito que cura e o objeto de intervenção, subtrai a totalidade subjetiva e histórico-social a uma leitura classificatória do limite dado pelo saber médico (AMARANTE, 1995 p.88).

A partir dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, o setor de saúde passa a fomentar articulações que possibilitem a elaboração de um sistema de saúde eficaz. Segundo Castro e Machado (2012), nos anos 1970, a partir do plano internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) possibilitaram a difusão do

conceito de atenção primária à saúde por meio da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata. Nessa conferência, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi adotada como um modelo eficaz e uma estratégia para alcançar a meta "Saúde Para Todos no ano 2000".

Após esse marco, muitas reformas continuaram acontecendo no sistema de saúde do Brasil. A Psicologia, por sua vez, começou a aparecer nesse modelo a partir da década de 1980, quando, de acordo com Jimenez (2011), surgiram várias propostas e reivindicações apontando para a necessidade de mudanças na abordagem dos problemas de saúde de modo geral e também na complexidade das questões de saúde mental, reforçando a importância da Psicologia como uma área de grandes possibilidades de contribuição nas equipes multiprofissionais.

Assim, entre 1983 e 1987, a configuração do setor de saúde era representada pelas ações integradas de saúde (AIS). Eventos como a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, reforçaram os ideais já discutidos até ali e acrescentaram a urgência de reformular o currículo dos profissionais de saúde, adaptando-os à nova realidade do trabalho em equipes multiprofissionais e para o desafio de reverter o modelo assistencial biomédico. Em 1987, as AIS foram substituídas pelo Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), e, no ano seguinte, em 1988, foi aprovado na nova Constituição o Sistema Único de Saúde (SUS) (JIMENEZ, 2011).

De acordo com Castro e Machado (2012), a partir da criação do SUS, é possível observar mudanças profundas nas políticas de saúde no Brasil no que diz respeito à atenção básica, possibilitando ganhos como a participação popular, a universalização do direito do acesso da população aos serviços de saúde independente de características sociais, a diminuição das desigualdades, a descentralização, além de uma concepção ampliada de saúde que supera o modelo organicista e medicalizante. A criação do SUS permitiu não somente um novo modo de funcionamento nas práticas de saúde,

mas também direcionou tais serviços à população como um todo, sendo seus membros vistos como sujeitos de direitos.

Desse modo, as políticas de saúde no Brasil foram se estabelecendo em diferentes ramificações para obter um maior alcance e, nesse processo, a saúde mental foi contemplada com programas que trouxeram mudanças significativas em relação à lógica de cuidados que persistia até o século XX, voltado para um modelo asilar. Dentre eles, pode-se mencionar a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Estratégia de Consultório na Rua, entre outros.

Os avanços em relação ao tratamento e tratativa de sujeitos acometidos de transtorno mental foram significativos, e aqui destaca-se a Lei 10.216, de abril de 2001. Uma vez que, por meio do SUS, o modo de funcionamento dos dispositivos públicos considera indivíduos como sujeitos de Direitos, essa lei busca acolher o público que demanda esses cuidados, reforçando que não pode haver nenhum tipo de discriminação no processo. O contexto para a pessoa com transtorno mental tornou-se mais humano, priorizando aspectos como o respeito, sigilo, informação adequada, tratamento feito por profissionais, ambiente terapêutico, entre outros. Além disso, até mesmo para casos de internação elas passaram a não ser feitas com objetivo quantitativo e, por vezes, desordenado, sendo estipulado uma métrica para garantir maior atenção e ética.

Para além, a Política Nacional de Saúde Mental brasileira ampliou-se ao instituir uma rede em que os casos que englobam a saúde mental seriam cuidados e organizados desde a prevenção até a reabilitação. A Raps foi pautada nos princípios do cuidado, atendimento integral e singularidade, de modo que o acolhimento e acompanhamento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou também com questões derivadas do uso de drogas, é feito de modo único e humanizado, considerando o contexto da pessoa envolvida - suas possibilidades e dificuldades enfrentadas. Para isso, os Caps tornaram-se unidades especializadas nesse atendimento, focando não somente no tratamento e aspectos biomédicos, mas também na adequada

reinserção desses sujeitos de direitos. É importante mencionar a potência do trabalho desenvolvido nas seis diferentes modalidades desses centros (Caps I, Caps II, Caps i, Caps ad, Caps III, Caps ad III), pois, com equipes multidisciplinares, atendem casos de transtornos mentais graves e persistentes e transtornos pelo uso de álcool e outras drogas ou uso de substâncias psicoativas, sendo essas práticas muito diferentes do modelo asilar vivenciado décadas anteriores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, acesso em 07 nov. 2021).

Em sequência, segundo dados do Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua (2012), em 2011 deu-se início ao trabalho de Consultório na Rua em suas três diferentes modalidades. Por meio de equipes multiprofissionais, foram contempladas pessoas em situação de vulnerabilidade, que indicavam estar com vínculos extremamente fragilizados em relação a familiares, tendo, por conseguinte, a realidade de pessoas em situação de rua. Esses consultórios não foram pensados e estruturados como local físico, pelo contrário, com dispositivos móveis, um cuidado integral poderia chegar aos sujeitos alvo do projeto. Assim, grupos profissionais, incluindo psicólogos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, entre outros trabalhadores da saúde e educação, puderam contribuir em sua formação específica.

Ainda sobre os importantes e excepcionais projetos contemplados pela Atenção Básica no Brasil, está o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Ele também se trata de uma atividade multidisciplinar e, portanto, diversos conhecimentos e perspectivas na área de saúde são ofertados em prol de um cuidado mais efetivo. Um dos maiores objetivos ao atuar pelo PTS é ampliar as possibilidades terapêuticas, de modo que o foco seja o usuário e o seu caso em específico. Assim, adaptações são consideradas durante a construção de ideias e implementações das ações, entendendo que elas podem ser únicas para o sujeito, mas o saber e os cuidados desenvolvidos podem ser compartilhados em casos similares (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

É surpreendente e, por vezes, desanimador notar como os períodos de tempo se distanciam e algumas práticas permanecem, salvo determinadas adaptações que ocorrem no processo. Ao passo que essa correlação pode

soar extrema, entende-se que há uma linha tênue separando momentos antigos e duradouros de segregação de algumas das alterações propostas na Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017, e na Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Nota-se, ainda, que para contemplar o modelo biomédico, muitas pautas trabalhadas por psicólogos e outros profissionais da saúde em todo o Brasil foram marginalizadas.

## **2.2 RETORNO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E AUMENTO DE VERBA COMO INCENTIVO À INTERNAÇÃO**

Depois de tantos avanços na política de saúde mental, que vieram como resultado da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, percebe-se uma recente mudança de direção nesse campo. As conquistas que foram consagradas na constituição de 1988, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e especialmente na Lei 10.216 de 2001, garantiam às pessoas com transtorno mental um tratamento tanto digno quanto adequado, pois reconhecia-os enquanto sujeitos de direitos. E tal cenário começou a mudar com a publicação de novas resoluções, decretos e portarias que desfiguram o espírito dessas leis e indicam um retrocesso histórico.

A Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017, e a Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro do mesmo ano, trazem de volta o hospital psiquiátrico como parte da Rede de Atenção Psicossocial. Tais documentos vão além, pois sinalizam um significativo aumento do investimento financeiro nessa estratégia de tratamento, como podemos ler no artigo 9º e seus parágrafos da Resolução Nº 32 do ministério da saúde:

Art. 9º - Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. I - Estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais; [...] III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo; IV - reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital (BRASIL, 2017, Art. 9º).

Embora tais documentos não declarem a substituição do modelo comunitário de atendimento, privilegiam abertamente o modelo asilar ao apontar para a ampliação da oferta de leitos hospitalares. Se a Reforma Psiquiátrica orientou a política de saúde mental na direção de um atendimento integral e humanizado, caracterizado por múltiplos dispositivos como os Caps e toda a Rede de Atenção Psicossocial que inclui serviços como os consultórios de rua e os serviços residenciais terapêuticos, por exemplo, as normativas recentes vão em sentido contrário, hospitalocêntrico, ao garantir um pagamento mínimo e oferecer reajuste de valores de diárias para internação.

Essa mudança na abordagem tem como pano de fundo o uso de verbas públicas para financiar a atuação da iniciativa privada no setor de saúde mental, num evidente desvio de finalidade, que enfraquece o Sistema Único de Saúde em seus princípios e suas práticas. Como aponta Siqueira (2019), já em 2018 é publicada a Portaria Nº 2.434, que reajusta em 60% o valor das diárias de internação. Algo que na visão do então presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental, Leonardo Pinho, provocou um aumento na permanência desses pacientes nas unidades hospitalares: “volta aquela visão de que as pessoas podem ser retiradas do convívio social e serem colocados em lugares de internação, já que começa a se receber mais verbas por isso” (SIQUEIRA, 2019).

Desse modo, fica explícito o interesse em atender a demanda de grupos econômicos privados em detrimento das reais necessidades das pessoas com transtornos mentais. Também o gradativo esvaziamento dos princípios norteadores das políticas públicas, bem como das novas estratégias e estruturas que emergiram como resultado da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, e que representavam um grande avanço no atendimento aos usuários dos serviços públicos de saúde mental. Tal posicionamento por parte de governos recentes representa um retrocesso e também um ataque aos fundamentos que garantiram tantos avanços na política de saúde mental no Brasil. Pois, como explicam Darosci e Cabral (2019), a Reforma Psiquiátrica pressupõe uma mudança importante no que concerne a assistência às pessoas com transtornos mentais, substituindo os conhecidos asilos por uma

transformação na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos.

### **2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL E O DESMONTE DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS**

Historicamente é possível perceber que as drogas fazem parte da experiência humana, como aponta o Conselho Federal de Psicologia (2019), ao fazer uma contextualização histórica acerca do tema no livro de Referências Técnicas para a atuação de psicólogas (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas.

Ainda no texto de contextualização histórica, o documento aponta para a dificuldade de se esperar por uma sociedade sem drogas, visto que desde tempos muitos antigos até os dias de hoje sempre houve registros na história da humanidade do uso de substâncias psicoativas. O que essa introdução visa produzir é um olhar crítico para a problemática do proibicionismo, posto que no Brasil o início da prática de proibição ao uso de substâncias consideradas ilícitas se dá no contexto da escravidão, como medida exclusivamente racista por meio da criminalização dos hábitos culturais associados aos povos negros por relacionarem o hábito de fumar maconha com essa comunidade. Dessa forma, a política proibicionista no Brasil é permeada por um recorte racista e de violência de Estado, como aponta o documento do CFP:

Ao longo da história as políticas de drogas também serviram de engrenagem para o racismo e a violência de Estado. Como fica evidente no caso da proibição do “pito do pango” no passado e os altos índices de letalidade decorrentes do uso da força policial no presente. Isso está associado no Brasil à criminalização dos hábitos e o controle dos corpos a partir de um recorte étnico-racial (Conselho Federal de Psicologia, 2019 p.27).

É importante ressaltar essa visão histórica pois implica que a problemática das drogas vai muito além dos danos e agravos à saúde do usuário, sem contar também que as drogas lícitas, como álcool e fármacos, por exemplo, podem provocar sérios danos à saúde e são consideradas legais, o que leva a outros

questionamentos mercadológicos e capitalistas envolvendo as indústrias que os produzem.

Considerando o problema de saúde pública relacionado ao uso de álcool e outras drogas, sabe-se que durante muito tempo a forma de tratamento utilizada era baseada no modelo asilar, com internações nos antigos hospitais psiquiátricos, clínicas de reabilitação ou comunidades terapêuticas de cunho religioso, por meio da prática de abstinência e medicalização. Muitas dessas internações eram feitas de forma compulsória, advindas de um modelo médico-moral de tratamento, sem levar em conta a singularidade e a autonomia do sujeito (CFP, 2019).

Apesar de terem sido conquistados diversos direitos de assistência às pessoas em sofrimento psíquico com os movimentos de reforma a partir da década de 1970, somente em 2003 que passa a vigorar no Brasil uma política voltada para usuários de álcool e outras drogas e que leva em consideração a autonomia do usuário e seus direitos como sujeito, por meio da Política de Redução de Danos. E como medida inicial para a implementação de novas políticas de saúde para usuários de álcool e outras drogas está a criação do Decreto Nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, que institui a Política Nacional Antidrogas, estabelecendo diretrizes para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao problema das drogas no país e baseando a forma de tratamento na política de redução de danos.

Vale ressaltar que esse documento é criado a partir das discussões promovidas na Assembleia Geral das Nações Unidas realizada em 7 de junho de 1998 para tratar do “Problema Mundial das Drogas”. É um documento permeado de ideais proibicionistas, que como já citado aqui é problemático quando se trata de direitos humanos por ser um modelo que reforça a prática da abstinência e as internações involuntárias, além de implicar em questões sociais e raciais que se relacionam com a proibição e diminuição da demanda de circulação de drogas ilícitas. Já as formas de tratamento surgem no decreto como pautadas na política de redução de danos e na reinserção social, visando reduzir as situações de risco mais constantes decorrentes do uso de drogas, que representam potencial prejuízo para o indivíduo e para a sociedade.

É perceptível que, como aponta Andrade (2000), o proibicionismo e a redução de danos são modos distintos de lidar com o “fenômeno das drogas”, visto que o proibicionismo visa reduzir oferta e demanda por meio de repressão e criminalização tanto de uso quanto de comércio e produção, enquanto a redução de danos permite a possibilidade de um tratamento que é elaborado junto com o usuário de forma a respeitar sua autonomia e direitos, sem julgamentos morais, reduzindo possíveis riscos para o usuário.

Segundo Zaghlout (2018), o início da política de proibição e criminalização do uso de drogas no Brasil se dá quando substâncias utilizadas por grupos dominantes da sociedade passam a ser consumidas por grupos minoritários, o que demonstra a origem racista que permeia o proibicionismo desde tempos antigos até a atualidade:

Isso acontece de tal forma que essa origem racista da política proibicionista é refletida diariamente na legislação que hoje regulamenta a política criminal de drogas no Brasil. A Lei n. 11.343/2006 é, atualmente, uma das principais responsáveis pelo alto número de encarceramento nos presídios, sendo maioria brutal dos encarcerados composta por negros. Seguindo com o reflexo de preconceitos e estigmas, junto com a lei foi criado um estereótipo de quem seria enquadrado como traficante e usuário. Partindo também de vários estudos criminológicos de que a Justiça Penal é mais severa com os criminosos negros do que para os brancos, é permitido dizer: o princípio consagrado na Carta Magna, que articula que “todos são iguais perante a lei” não vigora nesses casos (ZAGHLOUT, 2018 p.88).

Essa problemática implica também na questão da “guerra às drogas”, onde, para diminuir a produção e consumo de drogas, é preciso combater quem a produz e comercializa, o que consiste em resultados como brutalidade policial em populações periféricas, corrupção, incentivo ao comércio ilegal de armas e encarceramento, em sua maioria, da população negra e pobre, como explica a pesquisa “Um Tiro no Pé: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo” do projeto “Drogas: Quanto Custa Proibir” (2019).

Porém, mesmo diante de diversos problemas sociais que permeiam o proibicionismo e foram desconsiderados na criação destas políticas públicas, com a publicação do Decreto Nº 4.345, o país começa a utilizar a política de redução de danos para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, o que, sem dúvidas, é um avanço significativo na luta pelos direitos dos usuários. Historicamente, como aponta o documento do CFP (2019), a redução de danos já vinha sendo praticada e muito estudada em diversas universidades e órgãos nacionais por meio das políticas de prevenção a Aids e também em centros de tratamento e pesquisa sobre uso de álcool e drogas. E justamente por se mostrarem eficazes em articular práticas de atenção e cuidado integral, foram instituídas como política pública para a atenção psicossocial direcionada aos usuários de álcool e outras drogas.

Dessa forma, a política de redução de danos foi um importante marco de cidadania na história das políticas públicas de álcool e outras drogas por incentivar um rompimento das práticas punitivas, preconceituosas, pautadas em moralidade e no modelo asilar do tratamento e incentivar o início de uma nova forma de tratamento que visa a autonomia do sujeito, dando informações sobre as consequências do uso de drogas, conscientizando dos possíveis agravos à saúde sem discriminação e garantindo aos usuários que seus direitos básicos sejam assegurados.

A política de redução de danos se torna um marco justamente por promover um rompimento do modelo manicomial e asilar no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, pois, unida às Raps e aos Centros de Atenção Psicossocial, proporciona ao usuário que busca o serviço um atendimento humanizado, feito de forma singular e valorizando a autonomia, tendo o vínculo de tratamento como base para um processo de diminuição do sofrimento causado pelo uso excessivo de substâncias e conscientização de possíveis agravos, para que o próprio usuário compreenda seus limites e possa lidar de maneira mais saudável com o consumo ainda que não consiga deixar de consumir totalmente.

Desde o decreto Nº 4.345, em 2002, até o ano de 2017, as políticas voltadas para a atenção a usuários de álcool e outras drogas estiveram pautadas na

política de redução de danos como uma das possibilidades oferecidas no tratamento e reabilitação desses usuários, porém as coisas começam a mudar quando o Governo Federal publica a Resolução Nº 1, de 9 de março de 2018, abrindo caminhos para a construção de uma nova política nacional sobre drogas e trazendo em seu texto pela primeira vez depois de décadas de lutas por direitos o incentivo à abstinência total como forma de tratamento para os usuários, promovendo assim um pontapé inicial para o desmonte da política de redução de danos.

Essa nova política fica ainda mais evidente com a publicação do Decreto Presidencial Nº 9.761 de 11, de abril de 2019, que aprova a Política Nacional Sobre Drogas (Pnad) e traz um texto permeado de ideias que aponta para um retorno do modelo asilar, medicalizante e hospitalocêntrico. Esse decreto revoga totalmente o Decreto Nº 4.345 citado anteriormente, que foi responsável pela conquista da política de redução de danos, o que só confirma o seu desmonte, além de fortalecer ainda mais as ideias proibicionistas, incentivar a internação em hospitais gerais e comunidades terapêuticas e promover a abstinência total como objetivo do tratamento (BRASIL, 2019).

#### **2.4 NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SOBRE DROGAS QUE ESTÁ SENDO CONSOLIDADA A PARTIR DA NOTA TÉCNICA Nº 11/2019**

Como resultado desse processo recente porém acelerado de desconstrução dos ganhos e conquistas na política de saúde mental, álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde publicou em 04 de fevereiro de 2019 a Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Com o título “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”, esse documento consolida os instrumentos legais que trazem de volta a lógica hospitalocêntrica e asilar, bem como medicalizante e punitiva. E faz referência a todas as portarias e resoluções que promovem redirecionamento de recursos para os instrumentos e estratégias contidos na Luta Antimanicomial e na Reforma Psiquiátrica, bem como na política de redução de danos, como a Resolução CIT N.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017, a Portaria GM/MS N.º 3588, de 21 de dezembro de 2017, e a Portaria GM/MS N.º 2.434, de 15 de agosto de 2018.

Esse documento faz uma defesa explícita dos hospitais psiquiátricos como parte da Raps, e cita o aumento de investimento financeiro nesse dispositivo como forma de garantir o atendimento adequado (BRASIL, 2019 p.4). Afirma que a desinstitucionalização continuará sendo incentivada, mas que isso “não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (BRASIL, 2019 p.5). Justifica essa mudança na política de saúde mental afirmando que a cobertura de leitos está deficitária em comparação aos padrões internacionais, e que a redução de leitos psiquiátricos trouxe vários impactos negativos, como a migração de doentes mentais para os presídios ou para morar nas ruas; aumento das taxas de suicídio; proliferação das cracolândias; aumento da mortalidade de pessoas com transtornos mentais e dependência química, entre outros (BRASIL, 2019 p.5).

Entretanto, o único trabalho científico utilizado para fundamentar essas informações e a consequente mudança de estratégia não trata de nenhuma dessas questões. É um estudo epidemiológico sobre a prevalência de transtornos mentais na população carcerária (ANDREOLI, et. al 2014), e não estabelece qualquer relação entre os dados levantados e a necessidade de leitos psiquiátricos em hospitais. A mesma carência de fundamentação científica fica patente na inclusão das comunidades terapêuticas como parte da Raps, visto que são apresentados apenas documentos governamentais como a Portaria Interministerial Nº 2, de 21 de dezembro de 2017, e a resolução do Conad 01/2015, que estabelecem critérios não só para seu funcionamento, mas também para sua expansão e financiamento (BRASIL, 2019 p.5). Como destaca Dias (2019), ao comentar a entrevista de Paulo Amarante para o Informe ENSP da Fiocruz, sobre a Nota Técnica 11/2019:

Ao ser nomeada como “técnica” e seus defensores qualificarem as críticas como “ideológicas”, há uma estratégia de mascaramento dos interesses políticos e econômicos que compõem o documento, na visão de Amarante. “As ‘robustas evidências científicas’ que atribuem ao documento são utilizadas quando interessam, descartando as que não corroboram a visão de mundo que tem (ABRASCO, 2019).

Embora o documento traga em si a alegação de que suas medidas atendem a anseios de movimentos sociais, a imediata e intensa reação de associações, conselhos profissionais e de saúde, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Conselho Federal de Psicologia, Conselho Regional de Enfermagem - SP, Conselho Regional de Fisioterapia e Conselho Regional de Serviço Social (Darosci e Cabral 2019), mostra que não houve qualquer debate ou discussão com todos os segmentos interessados. E mais: desconsidera todas as lutas que culminaram com a criação do SUS, a Reforma Psiquiátrica e a construção de uma nova abordagem para o tratamento de doenças mentais no Brasil.

Por tudo isso, fica evidente que o verdadeiro propósito da Nota Técnica 11/2019 é consolidar os recentes retrocessos nas políticas de saúde mental, fornecendo-lhes amparo legal, pois ao mesmo tempo em que robustece instrumentos, como as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, enfraquece conquistas históricas, como a estratégia de redução de danos em dependência química.

É importante ressaltar como fica evidente a relação dos ideais moralistas e neoliberais explícitos no atual governo, responsável pela consolidação de tais mudanças nas políticas de saúde mental no Brasil, com os retrocessos percebidos nas portarias e normativas aqui analisadas, que apontam para o fato de que quando esse tipo de política se fortalece fica perceptível um tremendo impacto negativo nas políticas sociais e nos direitos humanos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial contribuíram para a restauração da democracia no Brasil e também foram decisivos para a conquista de direitos fundamentais à população. A Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde e a promulgação da Lei 10.216 de 2001 garantiram que as pessoas com transtornos mentais fossem reconhecidas como sujeitos de direitos e passassem a receber cuidado integral e tratamento humanizado. A criação de uma política de saúde mental que prioriza o respeito, a autonomia e a liberdade possibilitou a implementação de novos dispositivos como a Raps e os Caps e outras estratégias como a política de redução de danos.

Entretanto, várias resoluções, portarias e decretos governamentais publicados a partir de 2017 promoveram um contundente ataque a todas essas conquistas. A análise de tais documentos não deixa dúvidas sobre a tentativa de retorno ao modelo asilar, à lógica hospitalocêntrica e medicalizante, que atende aos interesses de grupos econômicos em detrimento das necessidades das pessoas com transtornos mentais e usuárias de substâncias psicoativas. Tais medidas mostram como a influência da política neoliberal, do capitalismo e do moralismo colocam em risco todas as conquistas listadas acima e representam a ameaça de um retrocesso sem precedentes na história recente da política de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- ANDRADE, T. **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- Andreoli SB, dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JGV, et al. (2014) **Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo**, Brazil. PLoS ONE 9(2): e88836. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088836>
- BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Política & Trabalho**, n. 40, 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Micheline-Batista/publication/264943132\\_Breve\\_historia\\_da\\_loucura\\_movimentos\\_de\\_contestacao\\_e\\_reforma\\_psiquiatica\\_na\\_Italia\\_na\\_Franca\\_e\\_no\\_Brasil/links/53f732b00cf22be01c454a7d/Breve-historia-da-loucura-movimentos-de-contestacao-e-reformapsiquiatica-na-Italia-na-Franca-e-no-Brasil.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Micheline-Batista/publication/264943132_Breve_historia_da_loucura_movimentos_de_contestacao_e_reforma_psiquiatica_na_Italia_na_Franca_e_no_Brasil/links/53f732b00cf22be01c454a7d/Breve-historia-da-loucura-movimentos-de-contestacao-e-reformapsiquiatica-na-Italia-na-Franca-e-no-Brasil.pdf)> Acesso em: 31 out. 2021.
- BRASIL. Decreto Nº 4.354, de 26 de agosto de 2002. Institui a política nacional antidrogas e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm)> Acesso em: 11 out. 2021.
- BRASIL. Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a política nacional sobre drogas. **Presidência da República**, Brasília, 2019. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)> Acesso em: 11 out. 2021.
- BRASIL. Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Presidência da República**, Brasília, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acesso em: 11 out. 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em **situação de rua**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf)> Acesso em: 07 nov. 2021.
- Brasil. Ministério da saúde. Ações e programas. **Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoese-programas/caps>> Acesso em: 07 nov. 2021.

BRASIL. Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre drogas. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2019. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados\\_prevencao\\_drogas/obid/legislacao/nota\\_saudemental.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf)> Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. Portaria Nº 2.434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2018.

Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434\\_20\\_08\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html)>

Acesso em 07 out. 2021.

BRASIL. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2017.

Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>

Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL. Resolução Nº 1, de 09 de março de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9de-marco-de-2018-6285971>> Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Ministério da Saúde**, Brasília, 2017. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html)>

Acesso em: 07 out. 2021.

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil:

Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). In: III SEMINÁRIO

NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 2019, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 13 a 14 de novembro de 2019.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [2]: 477-506, 2012.

CESeC. Um Tiro no Pé: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo. **Drogas: Quanto custa proibir**, 2019. Disponível em: <<https://drogasquantocustaproibir.com.br/seguranca-e-justica/>> Acesso em: 23 out. 2021

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas** [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia. 2. ed. Brasília: CFP, 2019. Dados eletrônicos (pdf).

Disponível em:

<[https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas\\_web-FINAL.pdf](https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas_web-FINAL.pdf)> Acesso em: 11 out. 2021

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). **Hospitais psiquiátricos no Brasil:**

**Relatório de inspeção nacional** [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília: CFP, 2019. Dados eletrônicos (pdf).

Disponível em:

<[https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2019/12/549.3\\_ly\\_RelatoriInspecaoHospPsiq-ContraCapaFinal\\_v2Web.pdf](https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatoriInspecaoHospPsiq-ContraCapaFinal_v2Web.pdf)> Acesso em: 01 nov. 2021.

DIAS, B. C. Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental. **Abrasco**, 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemasde-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>> Acesso em: 01 nov. 2021.

Ditadura militar e democracia no Brasil: história, imagem e testemunho. Maria Paula Araujo, Izabel Pimentel da Silva, Desirree dos Reis Santos (**org**). 1 ed., Rio de Janeiro: Ponteio, 2013.

JIMENEZ, L. Psicologia na atenção básica à saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**, 23(n. spe.), 129-139, 2011.

MELLO, C.G. **Saúde e assistência médica no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBES; 1977.

MIRANDA, F. A. C.; COELHO, E. B. S.; MORÉ, C. L. O. O. **Projeto terapêutico singular** [Recurso eletrônico] / Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em:

<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1089>> Acesso em: 07 nov. 2021.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde: Aranha, Márcio Iório (**Org.**). Direito sanitário e saúde pública: Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito\\_san\\_v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf)>. Acesso em: 29 out. 2021.

SILVA, L. B.; SILVA, A. X. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 23, N.1, p.99-119, jul./set. 2020.

SIQUEIRA, E. **É um retrocesso de 30 anos na saúde mental**. ISC - UFBA, 2019. Disponível em: <<http://www.isc.ufba.br/e-um-retrocesso-de-30-anos-na-saude-mental-critica-presidente-do-conselho-nacional-de-direitos-humanos/>> Acesso em 06 out. 2021.

ZAGHLOUT, S. A. G. **Seletividade racial na política criminal de drogas: perspectiva criminológica do racismo** [recurso eletrônico] / Sara Alacoque Guerra Zaghout - Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018. Dados eletrônicos (pdf). Disponível em: <<https://www.editorafi.org/466sara>> Acesso em: 23 out. 2021.

## CARACTERÍSTICAS NEUROPSICOLÓGICAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Eloir Denadai<sup>1</sup>, Sacha Soares Rosa<sup>1</sup>, Winny dos Santos Matias<sup>1</sup>, Mariana Passamani Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos de Psicologia na Faculdade Brasileira -Multivix-Vitória.

<sup>2</sup> Psicóloga – Especialista em Neuropsicologia e Docente de Psicologia da Faculdade Brasileira - Multivix-Vitória

### RESUMO

Por se tratar de um transtorno de difícil diagnóstico e de grande prevalência, é notável o crescimento do interesse pelo estudo do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) nos últimos anos. Sendo assim, o objetivo deste artigo de revisão é conferir algumas literaturas acerca da neuropsicologia do Transtorno Borderline, com foco no aspecto neurobiológico, nas funções cognitivas e executivas e nas características sintomáticas do mesmo. Concluiu-se que o TPB apresenta os seguintes déficits: detrimientos nas funções de aprendizagem, memória visual e verbal, de atenção e vigilância, de processamento visoespacial, de flexibilidade cognitiva, de tomada de decisão, de planejamento e de inibição. Além do padrão de instabilidade emocional intenso e do medo exagerado da rejeição, imaginária ou real.

**Palavras-chave:** neuropsicologia, transtorno de personalidade borderline, funções executivas, neurociência.

### ABSTRACT

As this a highly prevalent diagnostic disorder, interest in the study of Borderline Personality Disorder has grown in recent years. Therefore, the purpose of this article of revision is check some literatures on the neuropsychology of Borderline Disorder. Focusing on the neurobiological aspect cognitive and executive functions and its symptomatic characteristics. It was concluded that TPB has the following deficits: impairments in the functions of learning, visual and verbal memory, attention and vigilance, visual-spatial processing, cognitive flexibility, decision-making, and inhibition planning. In addition to the pattern of intense emotional instability and exaggerated fear of rejection, imaginary or real.

**Keywords:** Neuropsychology, borderline personality disorder, executive functions, neuroscience.

## 1. INTRODUÇÃO

O nosso cérebro é formado por cerca de 100 bilhões de neurônios, pesa cerca de 1,5kg e cada um deles, com axônios e dendritos, faz, aproximadamente, 10 mil conexões com outros neurônios. Atualmente, a unidade funcional do cérebro não diz respeito a um neurônio isolado, mas aos circuitos e conexões neuronais. Sendo assim, a percepção, imaginação, memória, emoções e mesmo o pensamento surgem a partir e vinculados a essas conexões (DALGALARRONDO, 2019).

Segundo os autores Renan O. Shimoura, Rodrigo F. O. Pena, Nilton L. Kamiji, Vinícius Lima e Antonio C. Roque (2020), entre todas as estruturas cerebrais a mais complexa e que é a responsável pelas funções cognitivas é o neocórtex

(assim chamado para ser diferenciado das outras partes do córtex). O neocórtex reveste o encéfalo e esse local pode ser dividido em três tipos de regiões: a) sensoriais, onde é feita a admissão dos receptores sensoriais espalhados pelo corpo; b) motoras, onde os estímulos motores são enviados aos órgãos efetores; c) de associação, que comportam as informações das áreas sensoriais e motoras e se relacionam com as funções cognitivas complexas.

A autora Emmy Uehara Pires (2010) apresenta o termo cognição como um conjunto de habilidades que diz respeito à capacidade de percepção, atenção, raciocínio, resolução de problemas, tomada de decisões, planejamento de ações e comunicação verbal e não-verbal, fazendo uma associação com as “funções mentais superiores” de Lúria (1966) e com os “processos ou funções psicológicas superiores” de Vygotsky (1996). A autora aponta o fato das inúmeras terminologias ao longo dos anos para o termo cognição, mas que apesar dos diferentes vocabulários a cognição está relacionada à capacidade de percepção, atenção, memória, linguagem, habilidades visuoespaciais, pensamento, raciocínio e funções executivas. A partir de 1891, com os trabalhos de Ramón y Cajal, que foi descoberta a unidade básica do cérebro: o neurônio. Com essa evidência, o conhecimento acerca da composição e do funcionamento cerebral cresceu de forma surpreendente, especialmente nos quesitos análogos à localização das funções mentais.

Acompanhando as descobertas do século XIX, o debate entre localizacionistas e holistas se expandia. De acordo com a visão localizacionista, o funcionamento cerebral se apresenta de forma dividida, sendo assim, cada região seria responsável por uma função mental e comportamento específico. Essa ideia se embasa na frenologia elaborada por Franz Joseph Gall, ainda no início do século XIX. Os trabalhos desenvolvidos por Paul Broca, sobre o centro de controle da fala (área de Broca), e por Karl Wernicke, sobre a área de compreensão da fala (área de Wernicke), apresentaram indícios consistentes para a Teoria Localizacionista. Já na Teoria Holista, o neurologista Hughlings Jackson acredita que tem grande prestígio e para ele os processos mentais não deveriam ser associados ao cérebro devido à sua localização em áreas

específicas, mas por uma compreensão hierárquica do Sistema Nervoso (PIRES, 2010).

Segundo Pires (2010), a Teoria Localizacionista foi superada pela Teoria Holista, pois a mesma não compreende uma especificidade localizacional no cérebro, mas compreende sim a visão de que todas as regiões cerebrais contribuem em um determinado momento para a execução da meta. Contudo, estudos de Ivan Pavlov, Lev Vygotsky e Aleksander Lúria cooperaram para a integração das duas visões. Sendo assim, a autora Emmy Uehara Pires (2010) traz o exemplo do conceito de sistemas funcionais de Lúria, onde as funções mais específicas poderiam até ser localizadas, mas os processos mentais normalmente envolveriam mecanismos que atuariam em conjunto e que estariam dispostos em áreas diferentes no cérebro.

De acordo com Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009), no século XIX adviram as primeiras evidências que estabeleciam relações e semelhanças entre as lesões nos lobos frontais com as alterações comportamentais. Após essas descobertas, Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009) narram o estudo de Harlow sobre as alterações comportamentais de Phineas Gage. O paciente de Harlow, anteriormente a seu acidente, era um engenheiro ferroviário da Nova Inglaterra, nos EUA, trabalhando na supervisão de construções de estradas de ferro. Certo dia, ao utilizar uma barra de ferro para apartar a pólvora, Gage, por acidente, detonou o explosivo e a barra de ferro atravessou seu crânio. Surpreendendo a todos, Gage sobreviveu e se manteve consciente. Como a barra estava quente, cauterizou a ferida em seu cérebro. Contudo, mesmo tendo sobrevivido, Gage sofreu graves mudanças. Se antes era um funcionário modelo, desenvolveu, a partir do acidente, comportamentos irresponsáveis e socialmente inadequados. Harlow, então médico de Gage, constatou que o paciente havia sofrido lesões nos lobos frontais, região responsável pelo planejamento e pela execução de comportamentos socialmente adequados.

Os escritores, Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009), também fazem menção à Lúria, que a partir de estudos com pacientes feridos na Segunda Guerra Mundial, arquitetou modelos explicativos para as lesões dos lobos

frontais. Para Lúria (1981), o lobo frontal é responsável, em grande parte, pelo planejamento, pela programação, pela regulação e pela verificação do comportamento intencional.

Alguns anos depois, de acordo com Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009), Lezak (1995; Tirapu Ustárroz et al., 2002) deu continuidade às descobertas de Lúria e deu origem ao termo Funções Executivas, dividindo-as em quatro categorias: a) formulação de metas; b) planejamento; c) realização de planos dirigidos às metas; d) execução efetiva de atividades dirigidas às metas.

Sendo assim, Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009) constataam que as evidências literárias demonstram que as Funções Executivas englobam várias Funções Cognitivas, sintetizam assim que elas podem ser entendidas como um conceito abrangente que abarca o resultado da soma de vários processos cognitivos para execução de uma tarefa em particular, como por exemplo, o raciocínio ou o comportamento social.

Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009) evidenciam também que o controle executivo pode ser entendido como um sistema ou mecanismo responsável pela coordenação de processos cognitivos. Esses dois termos podem, facilmente, ser entendidos como sinónimos, porém não o são, nem tampouco antagônicos ou excludentes, mas são, na verdade, complementares. Os autores (Amer Hamdan e Ana Paula Pereira, 2009) fazem essa observação argumentando o fato de as evidências (da neuroimagem, da neurofisiologia e da neuropsicologia) exibirem distintos processos cognitivos envolvidos nas Funções Executivas, que estão relacionados às diferentes regiões corticais e subcorticais. Em suma, não há uma função executiva única. As Funções Executivas são desenvolvidas, ou seja, têm um processo de maturação multideterminado, e existem três linhas literárias importantes: a) as funções executivas só alcançam sua potencialidade máxima no início da vida adulta; b) o desenvolvimento das funções executivas influenciam a regulação emocional e outras funções cognitivas; c) o processo de envelhecimento desencadeia alterações nas funções executivas, como declínio na inibição de respostas e na atenção dividida.

Para Emmy Uehara Pires (2010), por muito tempo houve a ideia de que as Funções Executivas estavam ligadas apenas ao lobo frontal, especificamente ao córtex pré-frontal, contudo, por meio dos estudos, atualmente é possível constatar que as Funções Executivas se relacionam com diferentes regiões dos lobos frontais e que estão distribuídas em uma rede cerebral abrangente que englobam as estruturas subcorticais e as vias do tálamo.

A autora Emmy Uehara Pires (2010) coloca a presunção de que o córtex pré-frontal esteja relacionado, especificamente ao funcionamento executivo, possuindo importante relação com a coordenação e integração entre os diversos processos cognitivos e emocionais. Essa região é responsável pela mediação e pelo controle do funcionamento executivo, possuindo mais áreas cerebrais conectadas entre elas, além de receberem, no dia a dia, entrada de outras áreas heteromodais associativas, além de ser o maior alvo neocortical das informações processadas nos contornos límbicos e isso a faz a única região cortical capacitada para correlacionar informações motivacionais, mnêmicas, emocionais, somatossensoriais e sensações externas, de maneira agregada e com objetivos. O córtex frontal, segundo Pires (2010), pode ser organizado de acordo com o objetivo a ser alcançado. Para explicitar a autora, Emmy Uehara Pires (2010) recorre ao seguinte exemplo: o córtex pré-frontal inferior direito é ativado normalmente para a manipulação de informações em tarefas complexas, enquanto o córtex frontal superior é ativado mais em questões mnemônicas, por exemplo quando a informação precisa ser renovada e mantida na memória.

A escritora (PIRES, 2010) faz referência a Stuss (2002), que foi o responsável pela descoberta da responsabilidade da região frontal dorsolateral direita pelo monitoramento do comportamento e de que a região frontal dorsolateral esquerda estaria relacionada ao processamento verbal. Faz citação, também, a Fuster (2002), destacando que a região pré-frontal medial e cíngulo anterior são responsáveis pela reorganização da atenção e pela motivação. A região pré-frontal lateral, responsável pela memória de trabalho e definição, e a região órbito-medial, responsável pelo controle inibitório de impulsos e interferência.

Mader (2019) relata que o termo Neuropsicologia apareceu no século XX, com Osler, e se dedica ao estudo das disfunções comportamentais e suas consequentes expressões comportamentais.

Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009) relatam o início da Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas com a observação de pacientes com lesões frontais e de alterações comportamentais, derivadas dessas mesmas lesões. Sendo assim, a Avaliação Neuropsicológica, segundo os autores Amer Hamdan e Ana Paula Pereira, é um processo de investigação entre a relação do cérebro e do comportamento humano, principalmente o resultado da relação de disfunções cognitivas com os distúrbios do Sistema Nervoso Central. Os autores apresentam dentro da avaliação neuropsicológica as funções executivas como um conjunto abrangente de funções cognitivas que contemplam a atenção, concentração, seletividade de estímulos, capacidade de abstração, planejamento, flexibilidade de controle mental, autocontrole e memória operacional. Essa avaliação se mostra relevante em casos onde o indivíduo apresenta um alto risco de desenvolvimento de doenças neurais e para auxiliar no estabelecimento de padrões de desenvolvimento dentro do esperado.

O processo de avaliação neuropsicológica inclui instrumentos como: entrevistas, observações e testes psicológicos, que objetivam o auxílio do diagnóstico clínico, no conhecimento do perfil psicológico, no prognóstico, no planejamento do processo de reabilitação e no acompanhamento do tratamento psicoterapêutico, farmacológico e psicossocial. A partir dessa perspectiva de conexões cerebrais, a Neuropsicologia surge como ciência que investiga as relações entre as funções psicológicas e a atividade cerebral, tendo como primazia o estudo das funções cognitivas como memória, linguagem, raciocínio, habilidades visuoespaciais, reconhecimento, capacidade de resolução de problemas, entre outras (DALGALARRONDO, 2019).

Para Dornelles (2009), os transtornos de personalidade desenvolvem alterações importantíssimas em duas áreas dentre quatro áreas em potencial, sendo elas: a) cognição; b) afetividade; c) funcionamento interpessoal; e 4) controle dos impulsos. Sendo e conjunto de características estímulos que

provocam sofrimento e prejuízo funcional na vida do indivíduo. Já o diagnóstico de um transtorno de personalidade normalmente é estabelecido durante a adolescência ou início da vida adulta, já que para o diagnóstico ser efetuado é necessário, pelo menos, dois anos de sintomas contínuos.

Já o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (5<sup>a</sup> edição, American Psychiatric Association, 2013), é um transtorno que se qualifica por um padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem, nos afetos e por uma impulsividade acentuada, sendo que essas características se apresentam no início da vida adulta e estão presentes em vários contextos:

- O indivíduo Border se esforça de forma inadequada e desesperada para evitar abandonos, reais ou imaginários;
- O Border possui um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, que se caracterizam pelo revezamento entre fortes idealizações e desvalorização;
- Perturbação na identidade: instabilidade recorrente na autoimagem ou na percepção de si mesmo;
- Impulsividade em pelo menos duas áreas com capacidade autodestrutiva, como, por exemplo: gastar dinheiro de forma descontrolada, comer compulsivamente;
- Presença de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamentos automutilantes;
- Inconstância e fragilidade afetiva em decorrência de uma marcante reatividade no humor;
- Sentimentos crônicos de vazio;
- Raiva intensa e inapropriada; dificuldade em controlá-la;

- Ideação paranóide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

A principal característica do indivíduo borderline é o padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem, de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta. Outra característica marcante do indivíduo borderline é a incansável tentativa de evitar abandonos reais ou imaginários (critério 1). Mudanças significativas na autoimagem, no afeto, na cognição e no comportamento podem ocorrer se o border tiver a percepção, real ou imaginária, de uma separação ou rejeição iminente. Vale ressaltar que, segundo o próprio DSM-V, o indivíduo borderline possui uma extrema sensibilidade ao ambiente externo. Eles experimentam intensamente o medo do abandono e a raiva descontrolada até diante de uma separação de curto prazo ou até mesmo ao vivenciarem mudanças inevitáveis de planos. A ideiação de um abandono ou até mesmo um abandono real pode despertar nesses indivíduos a autopercepção de que são pessoas más e os esforços para evitá-los pode desencadear comportamentos autodestrutivos. O critério 2 para o diagnóstico do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é o padrão de relacionamentos instáveis e intensos. Pode acontecer uma perturbação da identidade, sendo apresentada por uma instabilidade acentuada e persistente da imagem ou da percepção de si mesmo, sendo esse o critério 3 para o diagnóstico, segundo o DSM-V. O transtorno da personalidade borderline apresenta impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (critério 4), sendo o border passível de apostas, gastar dinheiro de forma descontrolada, comer compulsivamente, abusar de substâncias, entre outros comportamentos autodestrutivos. Comportamentos como automutilação e tentativas de suicídio (critério 5). A instabilidade afetiva devido à acentuada reatividade do humor, são as características que contemplam o critério 6. Já os sentimentos intensos de vazio são o critério 7 para o diagnóstico. Raiva inadequada e intensa e a dificuldades em controlá-la (critério 8). Durante períodos de estresse extremo, podem ocorrer ideiação paranóide ou sintomas dissociativos transitórios (critério 9). O border pode apresentar uma tendência a não conclusão de metas ou tarefas, como uma

sabotagem pessoal, como, por exemplo: abandono da faculdade próximo à formatura ou término de um relacionamento saudável.

De acordo com o DSM V (5ª edição, American Psychiatric Association, 2013), o TPB afeta a percepção do indivíduo, criando um padrão de instabilidade que altera a forma como ele se relaciona com pessoas e situações cotidianamente. O manual também destaca que as comorbidades relacionadas são complexas e detalha as características do transtorno, sua etimologia, diagnóstico e tratamento.

Eppel (2005) apresenta o TPB, também chamado de Distúrbio de Personalidade Limítrofe, como um distúrbio psicobiológico que tem sua etiologia em fatores genéticos e interpessoais, colocando como característica central do transtorno a desregulação emocional.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, o TPB é o transtorno de personalidade de maior prevalência (American Psychiatric Association, 2002), com média de 1,6% na população geral, podendo chegar a 5,9%. E aproximadamente 6% em contextos de atenção primária, de 10% entre pacientes de ambulatórios de saúde mental, e até 20% entre pacientes psiquiátricos internados; sendo predominantemente diagnosticado em mulheres (cerca de 75%).

Dornelles (2009) traz o TPB como tido por muitos autores como uma disfunção global da regulação emocional e do controle dos impulsos, sendo que tais características, segundo o autor, parecem apresentar relação com alterações neurobiológicas e neuropsicológicas específicas – se destacando as alterações nas funções executivas.

Dornelles (2009) aponta que vários fatores têm sido considerados no constante à origem do transtorno, dentre eles: predisposição genética, desenvolvimento neurobiológico e condições ambientais de desenvolvimento infantil. Dornelles (2009) correlaciona a presença de experiências de abuso e negligência na infância, pois as mesmas têm se demonstrado como um dos fatores preditores do transtorno borderline. Dornelles (2009) faz citação, também, ao fato de que as alterações neurobiológicas vêm sendo estudadas há bastante tempo como

um fator componente do TPB, e para explicitar a ideia, apresenta a hipótese do modelo biopsicossocial jacksoniano, onde as experiências traumáticas na infância interferem no processo de maturação das conexões cerebrais, em especial no córtex frontal, gerando sintomas característicos do TPB. O escritor também traz a relação do circuito límbico-frontal com o TPB, pois para Dornelles (2009), uma hipofunção desse circuito está relacionada com a desregulação do processo emocional, característica padrão em indivíduos com TPB.

Dornelles (2009) fala, também, sobre como as alterações no encéfalo de indivíduos com TPB vêm sendo documentadas por diferentes estudos de neuroimagem funcional. As principais regiões documentadas foram: amígdala, hipocampo, córtex cingulado anterior, córtex orbitofrontal, porção ventrolateral do córtex préfrontal e giro fusiforme, regiões centrais do circuito límbico-frontal responsáveis pelo processamento emocional e pelo controle inibitório. Estudos também observam hiperatividade da amígdala frente a estímulos emocionais, constatando que no TPB existe uma disfunção na modulação afetiva, na vigilância atencional para estímulos emocionais negativos e dificuldade no processo de habituação. Sendo assim, essa intensa hiperatividade da amígdala provoca, em indivíduos com TPB, reações intensas de raiva, de forma inadequada, frente a estímulos negativos (reais ou imaginários). Já o córtex orbitofrontal, de acordo com o autor (DORNELLES, 2009), está relacionado com o controle dos impulsos e como as alterações nessa região estariam associadas à agressividade, à instabilidade afetiva, à impulsividade e reações emocionais intensas e desproporcionais em situações de baixo ou nenhum índice de valência emocional (característica típica do TPB).

Dornelles (2009) apresenta o déficit do sistema serotoninérgico como outra possível tese biológica para o comportamento agressivo e impulsivo de indivíduos com TPB. O autor faz a associação de algumas estruturas encefálicas com as funções neuropsicológicas afetadas em indivíduos com TPB, sendo elas:

- Porção dorsolateral do córtex pré-frontal que estaria associada a disfunções na memória de trabalho, nas funções executivas e no planejamento de comportamentos guiados para um objetivo no TPB;
- Gânglios da base e tálamo que estariam associados a déficits no TPB na iniciação, na automatização e no controle do comportamento;
- Amígdala que estaria relacionada com os déficits no TPB no processamento emocional, em especial no condicionamento de medo e na capacidade de resposta emocional;
- Córtex orbitofrontal que estaria associado às disfunções no comportamento socioemocional no TPB;
- Hipocampo que estaria correlacionado a déficits na avaliação do contexto emocional das memórias no TPB;
- Porção dorsomedial do córtex pré-frontal que estaria associado com a disfunção na representação dos estados internos e do self de indivíduos com TPB;
- Porção rostral e dorsal do córtex cingulado anterior que estaria relacionada aos déficits de modulação atencional, de monitoramento de conflitos e na seleção de respostas em contextos emocionais.

Por fim, segundo Catarina Menezes, Brisa Macedo e Cinthya Viana (2014), o TPB é de difícil diagnóstico e tratamento. Os autores salientam a importância do ambiente e da sua relação com as pessoas como fatores que devem ser avaliados para o desenvolvimento do transtorno em questão. Porém é de responsabilidade dos profissionais de saúde capacitar-se a fim de correlacionar o ambiente em que o indivíduo cresceu e se desenvolveu com um possível diagnóstico do TPB (Catarina Menezes; Brisa Macedo; Cinthya Viana, 2014).

## **2. METODOLOGIA**

O presente artigo visa descrever os aspectos neuropsicológicos e as implicações nas funções cognitivas e executivas do indivíduo com TPB. Para

tal, uma pesquisa explicativa será realizada. Segundo Gil (1987), esse tipo de pesquisa tende a estabelecer os objetivos do estudo, identificando os fatores que determinam ou influenciam para a ocorrência do fenômeno em questão, e, sendo assim, uma revisão bibliográfica será realizada visando uma análise qualitativa dos conteúdos selecionados.

A pesquisa consistiu em uma revisão bibliográfica delimitada por estudos que descrevem o funcionamento neuropsicológico em pessoas com TPB, selecionando o período de 2005 a 2020, identificando os fatores que determinam ou influenciam para a ocorrência do fenômeno por meio de uma análise qualitativa dos conteúdos selecionados. O levantamento bibliográfico foi realizado no SCIELO (ScientificElectronic Library Online), Google Acadêmico e Pubmed. As palavras-chave foram: borderlinedisorder, funções cognitivas, Cognition, Executive, Intellectualfunctioning, neuropsychologicalassessment, Transtorno de Personalidade Borderline. Foram utilizados, ao todo, seis artigos, duas dissertações e três livros.

Quadro 1: Relação das publicações selecionadas

<b>Eixos</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano</b>
<b>Eixo 01 Neurobiologia e funções cognitivas</b>	Ontogênese das Funções Cognitivas: Uma Abordagem Neuropsicológica	Emmy Pires	2010
	Modelos de redes de neurônios para o neocórtex e fenômenos emergentes observados	Renan SHIMOURA	2021
<b>Eixo 02 Avaliação neuropsicológica</b>	Avaliação neuropsicológica em indivíduos com transtorno da personalidade Borderline	Vinícius Guimarães Dornelles	2009
	Avaliação neuropsicológica: aspectos históricos e situação atual	Maria Joana Mader	2012
	Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas: Considerações Metodológicas.	Amer Hamdan e Ana Paula Pereira	2009
<b>Eixo 03 TBP</b>	Psicopatologia e Semialogia dos Transtornos Mentais	Paulo Dalgalarrodo	2019
	American Psychiatric Association		2013
	Uma visão psicobiológica da personalidade limítrofe	Alan Eppel	2006
	Transtornos de Personalidade.	Angela Mazer, Brisa Macedo e Mário Juruena	2017
	A psicopatologia do transtorno da personalidade borderline (TPB) e suas características diagnósticas	Yan Lopes	2017

Fonte: Produzido pelos autores

A partir dos resultados das pesquisas foram selecionados os artigos que mais condiziam com o tema e uma análise foi realizada visando compreender as dimensões neurobiológicas e funções cognitivas do TPB.

### **3. RESULTADO E DISCUSSÃO**

Em indivíduos com TBP, é possível constatar alterações nas funções executivas. Dentre os principais déficits apresentados pelo transtorno pode-se destacar a ausência de um controle inibitório e a desregulação emocional. A capacidade de vigilância é deficitária também, no sentido de que o border está sempre na expectativa de que algo aconteça, desencadeando comportamentos disruptivos e até mesmo comportamentos desproporcionais a determinados acontecimentos, não conseguindo inibir o estado de constante vigilância (DORNELLES, 2009).

No constante a atenção, o border apresenta dificuldades na discriminação de estímulos, tendo prejuízos na seleção, inibição, alternância e sustentação de estímulos. A memória visual e verbal do indivíduo com TPB também é deficitária, apresentando dificuldades na codificação, no armazenamento e no resgate de informações, gerando dificuldades no que consta a aprendizagem. O processamento da capacidade de percepção visual e espacial também é prejudicado no TPB.

Em suma, o TPB tem como características déficits na capacidade de autocontrole; na atenção seletiva e sustentada a estímulos; na capacidade de manipular mentalmente ideias, relacionando-as umas às outras, e quanto à capacidade de adaptar-se a mudança; e na capacidade de comportar-se de forma apropriada a determinado estímulo negativo (DORNELLES, 2009). Apresentando déficits neuropsicológicos específicos, como prejuízos nas funções de aprendizagem, memória visual e verbal, de atenção e vigilância, de processamento visoespacial, de flexibilidade cognitiva, de tomada de decisão, de planejamento e de inibição.

O escritor (DORNELLES, 2009) relaciona a dificuldade no controle inibitório com os déficits da porção dorsolateral do córtex pré-frontal; a hiperatividade amigdalar com os déficits na vigilância atencional frente a estímulos de

valência emocional negativo; o aumento nas atividades de alterações no córtex orbitofrontal e córtex cingulado anterior com o comportamento impulsivo e agressivo; déficits de memória específica e a dificuldade na avaliação do contexto emocional mnemônico com a diminuição do volume do hipocampo e os déficits nas funções executivas com as disfunções do córtex pré-frontal (Dornelles, 2009).

O TPB é tido por vários autores, entre eles Otto Kernberg, Dornelles (2009), como um estado limítrofe entre a organização neurótica e a organização psicótica da personalidade. Sendo assim, segundo Dornelles (2009), três processos intrapsíquicos caracterizam o indivíduo border: a) identidade difusa; b) defesas primitivas; e c) vulnerabilidade na testagem da realidade. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (5ª edição, American Psychiatric Association, 2013), o indivíduo Border se esforça de forma inadequada e desesperada para evitar abandonos, reais ou imaginários; possui um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, que se caracterizam pelo revezamento entre fortes idealizações e desvalorização; perturbação na identidade: instabilidade recorrente na autoimagem ou na percepção de si mesmo; impulsividade em pelo menos duas áreas com capacidade autodestrutiva; presença de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamentos automutilantes; inconstância e fragilidade afetiva em decorrência de uma marcante reatividade no humor; sentimentos crônicos de vazio; raiva intensa e inapropriada; dificuldade em controlá-la; ideação paranóide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

A Avaliação Neuropsicológica apresenta resultados (parciais ou globais, preliminares ou definitivos) por meio de parecer, relatório ou laudo, sendo tais documentos importantes não somente na descrição quanti-qualitativa dos achados psicométricos, mas também para sugestões de acompanhamento (Wajman, 2018).

Eppel (2005) coloca como principal característica do TPB a desregulação emocional, apresentando como direcionamento para o tratamento a regulação das emoções, por intermédio de medicamentos, psicoterapia e treinamentos de

habilidades. Segundo o autor, medicamentos estabilizantes de humor são importantes, mas apresentam também a informação de que pesquisas direcionadas a neuropeptídeos, opióides e suas interações com o sistema de serotonina podem ter resultados positivos para a intervenção psicofarmacológica (EPPEL, 2005). O TPB pode ser tratado com psicoterapia e fármacos, sendo a primeira o principal tratamento para o transtorno, onde diversas abordagens podem ser adotadas, sendo a segunda mais indicada para sintomas específicos.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É possível a constatação de que no TPB o indivíduo border tende a apresentar alterações neuropsicológicas nas seguintes funções: atenção, vigilância, aprendizagem, memória visual e verbal, processamento visuoespacial e funções executivas (processos de flexibilidade cognitiva, planejamento, inibição de respostas e tomada de decisão).

Melhorar os mecanismos de detecção pode ser um caminho para amenizar a complexidade do diagnóstico, e realizar uma revisão de estudos sobre funções neuropsicológicas pode esclarecer sobre como o TPB afeta essas funções e o que deve ser observado para avaliar o comprometimento imposto pelo transtorno. Pois, ao se perceber que o conjunto de características do TPB é grande e que diagnósticos errôneos podem ser estabelecidos (em um primeiro momento), torna-se, de suma importância, entender formas de testagem ou espaços nas correlações do que já é praticado no diagnóstico e tratamento do TPB. Portanto, pesquisar as metodologias diagnósticas e a fundamentação que as embasa nos permite evoluir as práticas a fim de melhorar a assertividade na detecção do TPB.

O tratamento englobando psicoterapia voltada para Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e um tratamento psicofármaco têm mostrado efeitos, ajudando o indivíduo a conhecer os sintomas e a alcançar estabilidade emocional.

Apesar de as alterações neuropsicológicas no TPB serem demonstradas na literatura e relacionadas a disfunções neurobiológicas, os resultados dos

estudos não são coerentes entre si, e poucos estudos realizaram um levantamento global das funções neuropsicológicas dos indivíduos com TPB. Assim ainda há muito que pesquisar e correlacionar sobre o TPB, e é importante que se revise e compare mais estudos a respeito desse transtorno para melhorar a assertividade diagnóstica e a eficácia dos tratamentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DORNELLES, Vinícius Guimarães. **Avaliação neuropsicológica em indivíduos com transtorno da personalidade Borderline**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- SHIMOURA, Renan. **Modelos de redes de neurônios para o neocórtex e fenômenos emergentes observados**. Revista Brasileira de Ensino de Física [online]. [Acessado 30 de Setembro 2021] – 2021.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semialogia dos Transtornos Mentais**. Artmed Editora, 2019.
- MADER, Maria Joana. Avaliação neuropsicológica: aspectos históricos e situação atual. **Psicologia: ciência e profissão**, 16 (3), 12-18. 2012.
- American Psychiatric Association. (2014). **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2013.
- EPPEL, Alan. **Uma visão psicobiológica da personalidade limítrofe**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]. Rio Grande do Sul, 2006.
- MAZER, Angela. MACEDO, Brisa. JURUENA, Mário. **Transtornos de Personalidade**. Medicina (Ribeirão Preto). Ribeirão Preto, 2017
- HAMDAN, Amer. PEREIRA, Ana Paula. **Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas: Considerações Metodológicas**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 386-393. Paraná, 2009.
- PIRES, Emmy. **Ontogênese das Funções Cognitivas: Uma Abordagem Neuropsicológica**. Rio de Janeiro, 2010;
- LOPES, Yan. **A psicopatologia do transtorno da personalidade borderline (TPB) e suas características diagnósticas**. Minas Gerais, 2017.
- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

# COMO A PARENTALIDADE ASSERTIVA CONTRIBUI PARA A DIMINUIÇÃO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE NA CRIANÇA

Helen Marin<sup>1</sup>, Lucas Rodrigues <sup>1</sup>, Nayanny Araújo<sup>1</sup>, Mariana Passamani Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos de Psicologia na Faculdade Brasileira – Multivix-Vitória.

<sup>2</sup> Psicóloga – Especialista em neuropsicologia e docente de Psicologia da Faculdade Brasileira – Multivix-Vitória

## RESUMO

As relações familiares geram impactos na saúde psicológica das crianças, devido a isso, é importante criar estratégias para potencializar o desenvolvimento psicológico saudável delas. Os sintomas de ansiedade que podem se fazer presente na criança, seja devido a transtornos como fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, ou mesmo apego inseguro, estão interligados com os estilos parentais. Portanto, este estudo teórico pretende discutir como a parentalidade assertiva pode contribuir com a diminuição dos sintomas de ansiedade em crianças.

**Palavras-chave:** parentalidade, ansiedade, estilos parentais, crianças.

## ABSTRACT

Family relationships have an impact on children's psychological health, which is why it is important to create strategies to enhance their healthy psychological development. The anxiety symptoms that can be present in children, whether due to disorders such as social phobia, generalized anxiety disorder, or even insecure attachment, are interconnected with parenting styles. Therefore, this theoretical study aims to discuss how assertive parenting can contribute to the decrease of anxiety symptoms in children.

**Keywords:** Parenting, anxiety, parenting styles.

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com o dicionário online da Porto Editora, em termos psicológicos, a parentalidade pode ser definida como: conjunto das funções e atividades desenvolvidas por um progenitor ou cuidador, com vista ao saudável e pleno desenvolvimento da criança a seu cargo.

Cruz (2005, cit. por Brás, 2008) afirma que o conceito de parentalidade pode ser definido como um conjunto de ações efetuadas pelos pais em prol de um bom desenvolvimento de seus filhos, sendo essas ações variando de acordo com cada cultura e sociedade. Darling e Steinberg (1993) acreditam que estilos parentais são caracterizados como atitudes dos pais em relação às crianças, e dependendo da forma emocional como os pais lidam com essas situações, podem-se dividir e caracterizar as diferentes práticas parentais.

O termo parentalidade foi usado por Paul-Claude Racamier em 1961 para representar a relação entre pai e filho. Esse termo veio traduzido do francês, da palavra parentalité, e em 1980 o termo parentalidade foi usado pela primeira vez no Brasil.

Segundo Gorin et. al (2015), esse conceito é utilizado em diversas abordagens teóricas para designar o processo dinâmico que os pais passam - tornar-se pai e mãe, algo além do biológico, que engloba a consciência e consistência, história familiar e contexto sociocultural.

Ainda sobre a parentalidade, pode-se dizer que existem três eixos dos quais se deve levar em consideração. Segundo Zornig (2010), o primeiro eixo diz respeito ao exercício da parentalidade como transmissor de direitos e deveres que organizam laços complexos de parentesco, filiação e senso de pertencimento.

O segundo eixo refere-se ao exercício da parentalidade por meio da transmissão dos interditos estruturantes para o sujeito, dando a entender que a experiência da parentalidade é remetida ao fato de cumprir papéis, englobando processos conscientes e inconscientes da parentalidade (Zornig, 2010).

Ainda segundo Zornig (2010), o terceiro e último eixo diz respeito às práticas que envolvem o campo de cuidados parentais, físicos e psíquicos, e das relações afetivas entre pais e filhos.

Logo, a parentalidade é construída por vários fatores e aspectos, como sociais, culturais e históricos, onde se constrói um processo com as características e dinâmica de cada casal. Envolve todo o processo, inclusive individual, ou seja, como é a construção do ser pai e mãe. Ao tornar-se pai e mãe, diversas histórias de infância vêm à tona, como traumas de infância e suas representações parentais (Bydlowski, 2010). Esses aspectos trazem à tona todo o processo que constrói o indivíduo até o momento em que se tornou pai ou mãe. Essa construção vai mostrar a dinâmica de como é construída a noção de parentalidade, pois está diretamente ligada à história do indivíduo, de como viveu e aprendeu a ser pai ou mãe, além de também ter a participação dos

filhos nesse processo de formação sobre parentalidade (GORIN, MELLO, MACHADO, FERES- CARNEIRO. 2015).

Segundo Gorin et al. (2015), os filhos também contribuem para o processo de parentalização dos cuidadores, exercendo uma função de reforçadores do desenvolvimento do afeto dos genitores, potencializando a construção de uma relação de afeto que repercute na parentalidade.

Sendo assim, a criança será a peça principal para a construção da parentalidade, ou seja, ela proporciona no início de algo que acompanhará o indivíduo por muito tempo, assim como a criança espera sempre o amor, afeto efetivo.

Ao definir mais detalhadamente as características referentes às práticas e estilos parentais, Darling e Steinberg (1993) afirmam que o estilo parental estaria diretamente ligado às crenças e valores dos pais e em que contexto eles educam seus filhos com base nas mesmas. Já as práticas parentais seriam os comportamentos dos pais com seus filhos em determinadas situações, podendo haver variações.

### **1.1 A PARENTALIDADE NA CONTEMPORANEIDADE**

Com as novas mudanças na sociedade, o núcleo familiar vem acompanhando novos formatos, inclusive familiares. São novos arranjos conjugais e novas reorganizações do “ser família“. Assim como novos discursos e temáticas importantes e novas nomenclaturas (GORIN, MELLO, MACHADO, FERES- CARNEIRO. 2015).

Segundo Gorin et al. (2015), a família se mantém como uma organização social consistente, mesmo com as reorganizações da composição familiar, e a parentalidade permanece presente, sendo exercida pelos cuidadores, e não necessariamente pelos pais biológicos.

Podemos ressaltar que o fator biológico não define nem constitui a referência familiar por existir infinitas formações a respeito do “ser família“. Deve-se desnaturalizar pressupostos já preestabelecidos a respeito da composição familiar, para podermos olhar as famílias e a parentalidade como um

fenômeno em si e não como uma estrutura enrijecida (GORIN, MELLO, MACHADO, FERES- CARNEIRO. 2015).

Gorin et al. (2015) afirmam que a homoparentalidade não evidencia tantas diferenças na forma de exercer a parentalidade ao se comparar com casais heteroparentais, e por mais que haja uma problematização, permanece uma lógica binária e um olhar estereotipado.

O termo parentalidade integra diversos valores culturais, envolve afeto, cuidado, histórias, além da individualidade e singularidade de cada pai. Leva-se em consideração a importância de se notar que nenhum autor se refere a organização familiar de alguma época específica como forma de estanque, e sim como uma instituição social que pode se alterar (GORIN, MELLO, MACHADO, FERES- CARNEIRO. 2015).

## **1.2 ANSIEDADE E SEUS IMPACTOS NO COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS**

Os transtornos de ansiedade afetam a saúde de diversas pessoas em todo o Brasil, incluindo até mesmo as crianças. Estudos têm sido produzidos ao longo dos anos para poder gerar mais qualidade de vida para sujeitos que apresentam sintomas e consequências relacionadas a esses transtornos.

A diferença entre uma ansiedade adaptativa, comum e saudável a todos os sujeitos, e uma não adaptativa está relacionada a sua intensidade e duração.

Os transtornos de ansiedade encontram-se entre as doenças psiquiátricas mais comuns em crianças e adolescentes, perdendo para os transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e de conduta. Até 10% das crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno ansioso (excluindo-se o transtorno obsessivo –compulsivo (TOC), que afeta até 2 % das crianças e adolescentes). Os transtornos ansiosos mais frequentes são o transtorno de ansiedade de separação, com prevalência em torno de 4%, o transtorno de ansiedade excessiva (TAG) de 2,7% a 4,6%; fobias específicas de 2,4% a 3,3%. A prevalência de fobia social fica em torno de 1% e do transtorno de pânico, 0,6%. Mais de 50 % das crianças ansiosas experimentaram um

episódio depressivo como parte de sua síndrome ansiosa (Asbahr, 2004).

Segundo o DSM-5, os transtornos de ansiedade incluem transtornos que apresentam características de medo, de muita ansiedade e perturbações comportamentais relacionadas. Medo é a resposta emocional à ameaça iminente real, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura (DSM-5 P.343).

Os transtornos de ansiedade se desiguam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos propícios ao nível de desenvolvimento. Eles diferem do medo ou da ansiedade provisórios, com constância induzidos por estresse, por serem persistentes (p. ex., em geral durando seis meses ou mais) (DSM-5 P.343).

Os transtornos de ansiedade não afetam somente os adultos que possuem uma rotina cansativa, ou enfrentam dificuldades financeiras, crianças também podem apresentar transtornos de ansiedade mesmo nos primeiros anos de vida.

Segundo estudos, situações de estresse da gestante também podem interferir na tolerância dos fetos a situações de estresse. Bebês expostos aos hormônios do estresse de suas mães nascem mais irritáveis e propensos a chorar (Van der Wal et al. 2007) e têm maior probabilidade de nascer com “respostas comportamentais ao estresse” mais acentuadas (Davis e Sandman 2007).

Uma pesquisa divulgada em 2014 revelou que os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais costumeiros em adultos e crianças, com uma prevalência em crianças e adolescentes estimada em torno de 9% (J Bras Psiquiatr. 2014:360-72).

Diferentemente dos adultos, as crianças não costumam perceber que seus medos e pensamentos podem ser exagerados, o que pode gerar comportamentos ansiosos de maneira mais frequente e intensa.

Crianças que apresentam transtornos de ansiedade podem apresentar comportamentos como: medo do escuro, sensação de estar perseguida por monstros, dores no corpo, sintomas de gripes e sintomas gastrointestinais.

Com o passar dos anos, os sintomas considerados mais comuns em crianças vão se assemelhando aos sintomas mais comuns em adultos, como, por exemplo, a sudorese e a palpitação (SADOCK, SADOCK, 2011).

Os mesmos sintomas que são percebidos em adultos e jovens ansiosos também podem ser percebidos em crianças, independentemente da idade. Os sintomas fisiológicos demonstrados em cenário de ansiedade incluem modificações nos batimentos cardíacos, na pressão arterial, sudorese, tremores ou até sensações de náuseas, vômitos e dores abdominais (GREBB, KAPLAN, SADOCK, 1997; GONÇALVES, 2009).

### **1.3 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)**

Segundo o DSM-5, o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) tem os seguintes aspectos principais: ansiedade e preocupação excessiva (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades. A força, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à viabilidade real ou ao impacto do evento antecipado (DSM-5 P. 391).

Ela também deve persistir na maioria dos dias por pelo menos seis meses em diversos eventos ou atividades do cotidiano. O aparecimento de sintomas, como inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, vulnerabilidade, dificuldade em concentrar-se, ou sensações de “branco” na mente, irritabilidade. Tensão muscular, perturbação do sono, caso o diagnóstico seja infantil, é exigido apenas a presença de um item (DSM-5 P.391).

### **1.4 O CONTROLE PERCEBIDO**

Segundo Weiner (1986), a teoria da aausalidade diz a respeito dos acontecimentos negativos ou inesperados e sobre como as pessoas questionam o porquê deles ocorrerem. As causas que são atribuídas a esses eventos variam entre dimensões importantes como: internalidade, estabilidade, controlabilidade e intencionalidade. Essas dimensões resultam no desenvolvimento de importantes aspectos, como as emoções, motivação e os comportamentos.

Já Badura (1997) percebeu que o comportamento é mediado pela convicção de que ele pode ou não atingir o resultado esperado. Ou seja, o sujeito cria expectativas sobre quais os resultados podem ser atingidos a partir de seus comportamentos.

Essas crenças são denominadas de expectativas de eficácia e propõe examinar como a autoeficácia impacta o comportamento, a emoção e a motivação.

Esse estudo de Badura foi utilizado em pesquisas de fracasso na regulação do comportamento, como, por exemplo, as fobias.

A presença de uma expectativa de eficácia baixa, desamparo aprendido e baixa crença de locus de controle afetam o sistema de competência do sujeito (Skinner,1995).

“O sistema de competência exerce função reguladora e ajuda a pessoa a interpretar as interações com o meio”  
(Andréa Temponi,2005 ).

Com isso, pode-se perceber que a motivação para ação e os impactos das respostas dessas ações perpassam por fatores internos, como emoções, e externos, como aprovação social.

## **2. METODOLOGIA**

Foi efetuado um levantamento bibliográfico com o foco em estudos mais atualizados sobre parentalidade e suas contribuições para a diminuição dos sintomas de ansiedade em crianças. Foram feitas consultas nas bases de dados da pesquisa por meio de busca eletrônica no Scielo, Pepsico, qualiscapes e por meio de literaturas com temáticas correspondente a parentalidade no mês de agosto de 2021. Foram encontrados diversos artigos com o tema parentalidade e ansiedade, dos quais 15 foram usados, sendo relacionados no quadro abaixo. Foram utilizadas as palavras-chave: “parentalidade”e “ansiedade infantil”. Os critérios para a inclusão dos estudos foram pesquisas publicadas nos últimos 10 anos que abordaram os desafios da

parentalidade na primeira infância, contribuições da parentalidade participativa para a diminuição dos sintomas de ansiedade em crianças.

Foram acrescentadas também referências teóricas e algumas poucas publicações mais antigas sobre a temática com o objetivo de justificar e discutir a utilização das intervenções assim como os resultados obtidos. Os critérios de corte foram estudos que demonstram ir à eficácia ou efetividade de outras abordagens psicoterapêuticas sem incluir na pesquisa a avaliação ou comparação com intervenções cognitivo-comportamentais de pesquisas bibliográficas que abordam o tema e apresentam seus reais impactos no processo relacional parental.

Quadro 1: Relação das publicações selecionadas

<b>Eixo Temático</b>	<b>Nome do artigo</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano</b>
<b>Ansiedade</b>	Transtorno de ansiedade na infância e adolescência	FARIAS, Stephani.	2013
	Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática	THIENGO, Daianna	2014
	Transtorno de Ansiedade	Ana Regina	2000
	Transtornos de Ansiedade na Criança: Um olhar nas comunidades	Monique Cabral	2010
<b>Parentalidade</b>	Introdução à parentalidade: uma reflexão no contexto da Bioética	CARDOSO Rebeca Gualda Michelato, SANCHES Mario Antônio, SIMÃO-SILVA Daiane Priscila	2018
	Je rêve un enfant: l'expérience intérieure de la maternité	Bydlowski, M	2010
	Conjugalidade, parentalidade e coparentalidade: associações com sintomas externalizantes e internalizantes em crianças e adolescentes	MOSMANN, Clarisse.	2017
	O impacto da parentalidade negativa na ansiedade infantil: Um olhar sobre a ansiedade e o controle parental	RAMOS, Catia.	2015
	Avaliação de Necessidades para a Implementação de um Programa de Transição para a Parentalidade	MURTA Sheila	2011
	Conjugalidade, parentalidade e coparentalidade: associações com sintomas externalizantes e internalizantes em crianças e adolescentes	MOSMANN, Clarisse.	2017
	As implicações da parentalidade	Houzel, D.	2004
	Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear	BORSA, Juliane	2011
	Entre nós: Desafios da parentalidade na primeira infância.	BOSCHI Mariana, MAGALHÃES Marina.	2020
	Por que o amor é importante: como o	GERHARDT	2017

	afeto molda o cérebro do bebê		
<b>Outros</b>	Autoestima, auto-confiança e responsabilidade	GUILHARDI, H.J	2002
	Controle percebido: um estudo comparativo entre homens e mulheres	SANTOS, Andréa Temponi	2005

Fonte: Produzido pelos autores

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Darling e Steinberg (1993) acreditavam que antes de se falar em estilos parentais era essencial o conhecimento sobre o desenvolvimento social, o apoio familiar da criança e o clima associado ao processo de socialização da mesma.

Diana Baumrind (1971) afirma com base em vários estudos que crianças em idade pré-escolar educadas por diferentes estilos parentais tinham diferentes graus de competência social.

#### 3.1 ESTILO PARENTAL AUTORITÁRIO

Nesse estilo parental, as crianças são modeladas por seus pais de acordo com as normas já preestabelecidas, sendo constantemente controladas de acordo com as regras impostas por eles. Os pais autoritários valorizam quase que especificamente pela obediência, valorizando o respeito, o autoritarismo, o trabalho, os costumes e a preservação da ordem (Baumrind, 1966, 1971, 1975). Esse estilo de pais são a favor da punição, utilizando dela quando acreditam que a criança fez algo de errado (Baumrind, 1966), e apresentam ainda valores reduzidos ao se tratar de afeição, valorizando mais o controle e a restrição (cardoso e Verissimo, 2013).

Ainda de acordo com Cardoso e Verissimo (2013), os pais autoritários tendem a desencorajar seus filhos a terem independência e individualidade, exercendo certo controle psicológico sobre seus filhos. GORIN, MELLO, MACHADO, FERES - CARNEIRO 2015 acreditam que os pais autoritários tentam encaminhar as crianças direcionando de maneira racional, por meio dos diálogos, construindo com as crianças o raciocínio mediante os desafios, sempre direcionando a forma como agir e em situação de recusa de concordar com o comportamento proposto esse pai se apresenta de forma firme,

apresentando a forma adequada de comportamento, sem desrespeitar ou restringir a criança, mostrando que embora seus desejos e particulares são importantes, existe uma forma adequada de se portar. Esse pai não baseia suas decisões na vontade nem no desejo das crianças, e sim na sua experiência como adulto, julgando o que é importante para a criança (GORIN, MELLO, MACHADO, FERES- CARNEIRO. 2015).

Esse estilo apresenta como característica geral uma postura restritiva, uso da força de obediência, não encoraja a autonomia das crianças, buscam modelar, controlar e avaliar o comportamento dos filhos de acordo com regras bem estabelecidas, utilizam de ameaças de punição e privação de afeto e privilégio (AVAMEC, 2021). As consequências que traz para o desenvolvimento do caráter é de medo, ansiedade, raiva, retraimento social, baixa autoestima e insegurança em situações de interação social (AVAMEC, 2021).

### **3.2 ESTILO PARENTAL PERMISSIVO**

Os pais desse estilo, ao contrário dos pais autoritários, são contra a punição em seus filhos, tendo como perspectiva a não modulação de seus filhos aos seus ideais, e sim mostrar-lhes que poderão ajudar em seus sonhos. Os pais permissivos evitam também a autoridade, permitindo que a própria criança regule seu comportamento, rotina e regras (Baumrind 1971). Para Baumrind (1967), esse estilo parental não promove a maturidade e a comunicação de seus filhos.

Logo, esse estilo de parentalidade, segundo GORIN, MELLO, MACHADO, FERES - CARNEIRO 2015, apresenta-se como um estilo de realizações do desejo da criança, onde não existe um modelo educacional apresentado para o filho.

O estilo parental permissivo se apresenta de dois modelos, o indulgente e o negligente, sendo o indulgente aquele pai que transmite para o filho a sensação de que não existe a necessidade de orientação ou um apoio necessário para a criança. Já os pais negligentes mostram-se como pais ausentes, por vezes intolerantes no seio familiar, negligenciando a educação e

a necessidade de organização da criança (GORIN, MELLO, MACHADO, FERES- CARNEIRO. 2015).

Logo, um pai permissivo vai ser aquele estilo parental que dá muito apoio e atenção, mas não proporciona uma estrutura rica centrada no desenvolvimento positivo da criança. Por vezes, são pais que não querem passar pela rejeição, na ideia da perda do amor do filho, logo permite com que a criança tome as decisões (AVAMAC, 2021).

No estudo, Baumrind (1967) percebeu que por vezes essas crianças apresentavam comportamento de teimosia, por vezes rebeldes e com a incapacidade de regular os sentimentos e emoções que a apresentavam em frente a uma negação ou frustração.

Pois a autoridade é invertida vem das crianças para os pais, onde muitas vezes a criança impõe usando da força física e emocional e também verbal, no intuito de que as suas vontades sejam realizadas. Sendo assim, esses pais ficam perdidos no processo de como instruir ou dar limites, sendo impotentes controlando os adultos do ambiente que a cerca.

Esse estilo tem como característica principal a baixa exigência e alta responsividade. Além de apresentar baixo controle sobre o comportamento dos filhos e apoio afetivo emocional. Já as consequências para criança e seu desenvolvimento é a imaturidade, boa autoestima, bem estar psicológico, afetividade, pouco desenvolvimento em atividades escolares, maior agressividade e impulsividade e problemas comportamentais (AVAMEC, 2021).

### **3.3 ESTILO PARENTAL DEMOCRÁTICO/ AUTORITATIVO**

Os pais com padrões de exigência elevados geralmente apresentam características de controle excessivo sobre o comportamento dos filhos. Eles valorizam quase que exclusivamente pela obediência, o respeito, o autoritarismo, o trabalho, aos ensinamentos e a preservação da ordem (Baumrind, 1966, 1971, 1975). Esse estilo parental demonstra ser a favor da punição, tendo essa forma de correção quando acreditam que a criança fez algo de errado (Baumrind, 1966).

Segundo Baumrind, podemos perceber que os pais autoritários tendem a inibir o comportamento dos filhos, o que pode se tornar um motivador de aparecimento de sintomas mais elevados de ansiedade nos filhos, pois, segundo o DSM-5, os transtornos de ansiedade abrangem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessiva e perturbações comportamentais relacionadas (DSM-5 P.343). A preocupação excessiva dos comportamentos está relacionada com a ansiedade, mesmo entre as crianças.

Os pais de estilo democrático tendem a partilhar com seus filhos crenças relacionadas com a maneira pela qual a criança lidará com as situações que não concorda, e mesmo que por vezes mostrem as suas perspectivas, os pais acabam influenciando a criança a ter seu próprio ponto de vista (Baumrind, 1967, 1971).

De acordo com Darling e Steinberg (1993), o estilo democrático tem boa relevância em relação a eficácia da parentalidade, já que esse estilo altera as características das crianças, o que possibilita o fortalecimento dos pais em suas capacidades de socialização.

Preocupam em manter um relacionamento de cunho positivo, mas sempre aplicando as regras de maneira firme com o olhar às necessidades e em tom de gentileza e respeito. Nesse estilo de parentalidade ao impor as regras é explicado para a criança o motivo e as razões que envolvem a regra, explicando sempre com amor e dando a criança a oportunidade de reflexão e aprendizado (AVAMEC,2021), dando a oportunidade de validar as emoções, ouvindo e respeitando, mas deixando claro que os adultos estão no comando (AVAMEC,2021).

Geralmente esse estilo de parentalidade evita a posição de punição e recompensa, não tentam comprar a criança, mas encorajam que o filho se desenvolva plenamente.

Esse estilo se apresenta por alta exigência e alta responsividade. Além de as restrições se apresentarem de forma justificadas, proporcionando um diálogo encorajador, dando liberdade e autonomia à criança (AVAMEC, 2021).

As consequências que esse estilo de parentalidade traz para o desenvolvimento da criança é uma maior independência, organização, responsabilidade social, maior cooperação, amizade e autoestima, além de um certo controle nos eventos que a vida proporciona, além de menor agressividade e hostilidade (AVAMEC, 2021).

Baumrind (1971) considerou então que as crianças com maior assertividade, maturidade, conduta independente, empreendedorismo e com maior responsabilidade social eram educadas por pais com estilo democrático (ou autoritativo).

Esse estilo seria considerado por Baumrind (1966) como o mais ideal, já que os pais do estilo democrático tendem a guiar seus filhos de maneira “racional e orientada”, havendo estímulos voltados para o diálogo, promovendo assim a autonomia e individualidade.

### **3.4 OS EFEITOS DOS ESTILOS PARENTAIS NOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE**

Os transtorno de ansiedade podem afetar as crianças de diversas formas, podendo gerar alterações no desenvolvimento social, afetando suas relações familiares e com os amigos de escola, impactando seu desenvolvimento de habilidades sociais e cognitivas, que são adquiridas por meio da relação com outro (GONÇALVES, 2009; PETERSEN 2011).

Com efeito, o desenvolvimento dos papéis maternos e paternos é muito valioso para o desenvolvimento infantil, mesmo diferindo no tipo de interação entre eles e os filhos, que muda tanto em relação ao contexto quanto ao conteúdo, mas que mostram comportamentos parecidos em medidas de responsividade, estimulação e afeição (Nunes & Vieira, 2009; Vieira et al., 201).

A parentalidade democrática tem se mostrado mais eficiente para o desenvolvimento de habilidades como autonomia, desenvolvimento emocional saudável, autoconfiança, responsabilidade e autoestima (Baumrind, 1996; Nunes & Vieira, 2009; Vieira et al., 2011; Guilhardi 2002), fatores esses que dificultam o desenvolvimento de quadros de ansiedade em crianças, que geralmente estão associados a figuras autoritárias ou permissivas.

Os quadros de ansiedade na infância geralmente são acompanhados de outros quadros sintomáticos, demonstrando uma alta frequência de comorbidades como transtorno obsessivo compulsivo, fobia social, transtorno de pânico, ansiedade de separação e fobias específicas (Angold, Costello & Erkanli, 1999; BurgicRadmonovic & Burgic, 2010; Costello et al., 2001/2011; Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn & Sack, 1997; Lewinsohn et al., 1998; Rapee et al., 2009;).

Estudos relacionados ao controle percebido e o desenvolvimento da ansiedade têm demonstrado que correlação entre a percepção de controle e a manifestação de sintomas ansiosos (e.g Muris, Schouten, Meesters & Gijbers, 2003c; Weems, Silverman, Rapee & Pina, 2003). Ou seja, crianças que percebem que os seus comportamentos e os eventos estão fora de seu controle são mais vulneráveis a desenvolver níveis elevados de ansiedade.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os efeitos dos transtornos de ansiedade nas crianças são inúmeros, podendo afetar suas relações sociais, desenvolvimento cognitivo e de subjetividade.

O transtorno de ansiedade generalizada impacta os comportamentos de crianças, podendo inibir comportamentos sociais, gerando neuroticismo, fazendo com que as relações de afeto da criança se tornem mais escassas e pode afetar negativamente o desempenho escolar devido à preocupação excessiva.

Fatores ambientais, como pais superprotetores, podem estar associados aos transtornos de ansiedade generalizada em crianças.

Devido a isso, o desenvolvimento de uma parentalidade democrática pode contribuir para o alívio de sintomas e para o tratamento de crianças com esses transtornos, pois o núcleo familiar é o ambiente social de maior influência no comportamento da criança.

Podemos, com isso, perceber a necessidade de uma parentalidade democrática saudável, que contribua para que a criança tenha um acompanhamento terapêutico favorável e um desenvolvimento psíquico mais saudável.

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é uma das muitas abordagens que trabalha intervindo nos sintomas de ansiedade em crianças.

Os estilos parentais estão associados com a construção da parentalidade. O estilo parental democrático está mais próximo da parentalidade assertiva, pois permite uma relação entre pais e filhos mais saudável para o desenvolvimento da criança. Estilos parentais mais autoritários ou permissivos tendem a desenvolver nas crianças mais situações onde elas se sintam incapazes ou pressionadas, podendo agravar os quadros de ansiedade. Pais que apresentam algum quadro de ansiedade têm maior probabilidade de terem filhos com ansiedade.

A sintomatologia dos quadros de transtorno de ansiedade em crianças tem se relacionado com os estilos parentais, crianças criadas em ambientes de superproteção ou de negação de contato com as figuras de cuidado demonstram maior probabilidade de desenvolver transtornos de ansiedade. Assim como mães que possuem algum quadro de ansiedade demonstram ser menos afetuosas, mais críticas, e pouco promotora de autonomia para seu filho.

Apesar do conteúdo sobre ansiedade infantil e parentalidade serem abundantes no âmbito acadêmico, poucos foram os materiais científicos encontrados nas plataformas de busca sobre como a parentalidade saudável pode auxiliar na resolução de quadros de ansiedade já estabelecidos em crianças. Muitos dos materiais dissertam a respeito dos impactos negativos de uma parentalidade disfuncional, entretanto, pouco se fala a respeito de como uma parentalidade saudável pode contribuir para as crianças que sofrem de ansiedade.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BORSA, Juliane; NUNES, Maria. **Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear**. Psicol. Argum., Curitiba, v. 29, n. 64, p. 31-39 jan./mar. 2011
- BOSCHI Mariana, MAGALHÃES Marina. **ENTRE NOS: DESAFIOS DA PARENTALIDADE NA PRIMEIRA INFÂNCIA** - 1ªED. (2020)

- BYDLOWSKI, M. (2010). *Je rêve un enfant: l'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Odile Jacob.
- CAÍRES, Monique ;SHINOHARA, Helene. **Transtornos de Ansiedade na Criança: Um olhar nas comunidades**. REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2010, Volume 6, Número 1.
- CARDOSO Rebeca Gualda Michelato, SANCHES Mario Antônio, SIMÃO-SILVA Daiane Priscila **INTRODUÇÃO À PARENTALIDADE:uma reflexão no contexto da Bioética** - Série Bioética Volume 9. EDITORA CRV.2018.
- GERHARDT,Sue.**Por que o amor é importante:como o afeto molda o cérebro do bebê**. 2 edição. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- FARIAS, Stephani. **Transtorno de ansiedade na infância e adolescência**. Criciúma, 2013
- GUILHARDI, H.J.. **Auto-estima, auto-confiança e responsabilidade**. In: Brandão, M.Z.(Org). *Comportamento Humano*. São Paulo: ESETec, 2002, v. 1,p.-.
- Houzel, D. (2004). **As implicações da parentalidade**. In L. Solis-Ponton (Org.), *Ser pai, ser mãe – Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (pp. 47-51).São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lins, Z. M. B., Salomão, N. M. R., Lins, S. L. B., Féres-Carneiro, T., & Eberhardt, A. C. (2015). O papel dos pais e as influências externas na educação dos filhos.
- MACCOBY, E. & Martin, J. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Em E.M. Hetherington (Org.), *Handbook of child psychology*, v. 4. **Socialization, personality, and social development (4ª ed., pp. 1-101)**. New York: Wiley. (1983).
- MOSMANN, Clarisse. **Conjugalidade, parentalidade e coparentalidade: associações com sintomas externalizantes e internalizantes em crianças e adolescentes**.Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. São Leopoldo, RS,Brasil. Dez 2017
- MURTA Sheila **Avaliação de Necessidades para a Implementação de um Programa de Transição para a Parentalidade**. Psicologia: Teoria e Pesquisa Jul-Set 2011, Vol. 27 n. 3, pp. 337-346
- RAMOS, Catia. **O IMPACTO DA PARENTALIDADE NEGATIVA NA ANSIEDADE INFANTIL: UM OLHAR SOBRE A ANSIEDADE E O CONTROLO PARENTAL**. Lisboa, ISPA, 2015.
- SANTOS, Andréa Temponi dos. Controle percebido: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 1, n. 1, p. 91-100, jun. 2005 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100011&lng=pt&nrm=iso)> & [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100011) HYPERLINK
- ["http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000100011&lng=pt&nrm=iso"](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100011&lng=pt&nrm=iso) HYPERLINK
- THIENGO, Daianna. **Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática**. 20 Maio 2014
- ZORNIG, S. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, 42(2), 453-470.

## CUIDADOS PALIATIVOS: O PAPEL DA PSICÓLOGA HOSPITALAR E O PROCESSO DE MORTE

Eduarda Matoso Bermudes<sup>1</sup>, Serena Coutinho Wolkart<sup>1</sup>, Renata Monteiro Baptista<sup>1</sup>, Adriana Elisa de Alencar Macedo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica de Psicologia da Faculdade Brasileira – Multivix Campus Vitória.

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Pará – Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Multivix Campus Vitória

### RESUMO

No decurso de toda a doença e não apenas em sua fase final, o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura denota vulnerabilidade e limitações características de propriedade social, psicológica, espiritual e física. Assim, compreende-se que o ato de cuidar de pacientes terminais demanda, não somente de conhecimentos científicos e técnicos, como também do entendimento profundo acerca da individualidade, baseado em uma valorização do ser humano, colaborando com a humanização dos cuidados paliativos. Dessa forma, este estudo tem como objetivo analisar as concepções presentes a respeito dos cuidados paliativos, levantando os diferentes modos de abordar as questões referentes à morte e ao morrer. Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, efetuado a partir de um material já elaborado. Foram utilizadas informações adquiridas por meio das bases de dados como o Google Acadêmico, Scielo e PePSIC, revistas científicas e livros. Constatou-se que reconhecer a impossibilidade de cura para o paciente não quer dizer que não há mais o que se fazer por ele. Pelo contrário, existem diversas possibilidades a serem oferecidas para esses pacientes e seus familiares, como escuta de seus desejos, escolhas e a preservação de sua autonomia.

**Palavras-chave:** cuidados paliativos, o papel da psicóloga hospitalar, processo de morte.

### Abstract

In the course of the entire illness and not only in its final stage, the patient out of therapeutic possibilities of cure denotes vulnerability and limitations characteristic of social, psychological, spiritual, and physical property. Thus, it is understood that the act of caring for terminally ill patients demands not only scientific and technical knowledge, but also a deep understanding of individuality, based on an appreciation of the human being, thus collaborating with the humanization of palliative care. Thus, this study aims to analyze the present conceptions about palliative care, raising the different ways of approaching the issues related to death and dying. This is a bibliographic review with a qualitative approach, carried out from material already prepared. Information acquired through databases such as Google Scholar, Scielo and PePSIC, scientific journals and books were also used. It was found that recognizing the impossibility of a cure for the patient does not mean that there is nothing more to be done for him. On the contrary, there are several possibilities to be offered to these patients and their families, such as listening to their wishes, choices and the preservation of their autonomy.

**Keywords:** Palliative care, the role of the hospital psychologist, death process.

## 1. INTRODUÇÃO

O cuidar faz parte da vivência humana desde o nascimento até a terminalidade da vida e constitui uma necessidade de o sujeito no processo de viver. A ação de cuidar abrange o componente humanístico e, desse modo, proporciona a sucessão da espécie humana de forma saudável e autônoma. Contando com dimensões como a liberdade, tanto no contexto individual quanto no coletivo, uma vez que o ato de cuidar promove meios para uma vida saudável, a favor

do bem comum (OLIVEIRA DE SOUSA et al., 2010). Tendo em vista que o ato de cuidar é de suma importância, proporcionar o bem-estar se torna fundamental, uma vez que é relevante para aqueles pacientes que vivenciam a fase final da vida e demandam uma atenção especial, bem como um tratamento particular, ao considerar o momento que estão vivendo.

Portanto, os cuidados paliativos, assim denominados em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, segundo a Organização Mundial de Saúde, equivalem à assistência promovida por uma equipe multidisciplinar que determina a melhora da qualidade de vida do paciente e de seus familiares quando há uma doença que ameace a vida. Assistência essa realizada por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação prévia, da avaliação impecável e do tratamento de dor e demais sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Brasil, 2002).

De acordo com Angerami (2010), a partir da hospitalização do sujeito ocorre um processo denominado de despersonalização. Esse processo carrega consigo um enquadramento social, trazendo ao sujeito um estigma de doente, tornando-o passivo do processo de hospitalização, perdendo assim sua identidade. Durante o processo, esse sujeito é indagado sobre seus valores, sua visão, reflexões que envolvam a vida e a morte, e sobre suas relações com o outro e consigo mesmo. Assim, o ambiente hospitalar promove a cura física, porém, em contrapartida, também pode se tornar nocivo, contribuindo com o surgimento de sintomas emocionais proporcionados pelo processo de despersonalização.

Neste presente artigo serão apresentadas informações recolhidas por meio de uma entrevista semiestruturada realizada com a psicóloga responsável pelo setor de cuidados paliativos do hospital universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam). A entrevista traz uma perspectiva sobre a importância dessa profissional na rede de cuidados paliativos, expondo de que forma sua atuação ocorre no ambiente hospitalar, apresentando suas dificuldades, êxitos e os caminhos percorridos para que toda equipe envolvida na rede de cuidados exerça sua função com tamanha excelência.

Além do material bibliográfico, foi usado como campo, de forma descritiva, o conteúdo audiovisual “A morte é um dia que vale a pena viver”, de Ana Claudia de Lima Quintana Arantes, médica geriátrica e especialista em Cuidados Paliativos. O material fala da dor, da terminalidade da vida e das questões acerca da morte, dando a dimensão vivida por aquele que está sob cuidado paliativo, vivendo os seus últimos dias. Foi publicado no ano de 2013, a partir de um evento organizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e encontra-se disponível na plataforma de distribuição digital de vídeos – YouTube.

No decorrer deste trabalho, será possível notar pontos-chave que foram responsáveis para realização desta pesquisa, sendo, respectivamente: como a profissional de psicologia pode estar conduzindo e oferecendo uma escuta qualificada para pacientes hospitalizados em casos graves; como proporcionar um ambiente mais preparado para suas demandas; e como auxiliar esses indivíduos para que seja possível encarar o luto, assim como a sua importância para que consigam aceitar bem esse processo.

## **2. MATERIAL E MÉTODOS**

A metodologia a ser apresentada foi elaborada a partir de uma pesquisa qualitativa com entrevista semiestruturada, sendo utilizados diversos materiais com embasamento científico que reforçam os objetivos propostos. Foram utilizadas informações adquiridas por meio das bases de dados do Google Acadêmico, Scielo, PePSIC, revista científica e livros. Por fim, foram recolhidas informações acerca da temática investigada por meio da entrevista realizada com a psicóloga do setor de cuidados paliativos da Hucam.

A entrevista foi realizada pela plataforma Google Meet durante o dia de forma on-line, por meio de um notebook. Para a entrevista, foram elaboradas seis perguntas flexíveis e não estruturadas, abrindo espaço para um diálogo entre a entrevistada e a entrevistadora, o que tornou a entrevista dinâmica e leve. Por questões administrativas do Hucam, não foi possível gravar o material recolhido. Sendo assim, toda a entrevista foi transcrita para depois ser analisada e inserida neste artigo.

### 3. RESULTADOS

Na entrevista realizada com a psicóloga que integra a rede de cuidados paliativos do Hucam, foram feitas seis perguntas relacionadas à função que a psicóloga hospitalar exerce na equipe multidisciplinar de cuidados paliativos ao paciente, com o objetivo de entender e apurar sobre a realidade e os desafios encontrados nesse momento com o paciente.

Segundo o modelo de cuidados paliativos, só é possível “morrer bem” quando se vive a última fase da vida de forma intensa e expressiva. A etapa que precede a morte é entendida como sendo a oportunidade final de uma elaboração sobre si e de sua individualidade (MENEZES, 2004).

A psicóloga entrevistada relata que pode ser doloroso também para o paciente entender que a vida continua sem ele, por isso, é trabalhado em vida a consciência sobre o que esse sujeito deixou no mundo, a sua marca. A psicóloga também diz que com o tempo que se tem, são trabalhadas as dores individuais do paciente, com o intuito de ajudar a resolver as frustrações e a perdoar situações que podem estar inacabadas.

Em razão desse momento em que o paciente precisa reconhecer sua atual condição, a entrevistada expôs que, ao contrário do que se pode pensar, os cuidados paliativos não são apenas para quem está em estado terminal. Eles ocorrem por meio da interconsulta apenas quando é solicitado pelo paciente, pela família ou equipe médica, sempre deixando explícito que o foco é a decisão própria do indivíduo.

Realizada a solicitação para realização dos cuidados paliativos, a equipe vai ao encontro do paciente ouvir o que ele tem a dizer, ouvir sua história, saber se, de fato, é isso que ele deseja. A partir do momento que o paciente não pode mais falar ou se expressar, a responsabilidade de decisão fica com a família, porém, mantendo o foco sempre no paciente, para que equipe e familiares possam concretizar as escolhas do paciente.

Durante os atendimentos, é explicado todo o processo ao paciente, esclarecendo tudo que seja de sua vontade saber, explicitando que a equipe dos cuidados paliativos faz sempre o que é possível, respeitando o tempo e a

vontade do sujeito. A escuta é extremamente importante para auxiliar na elaboração de um plano de cuidado individualizado, analisando se o paciente consegue realizar algumas atividades de forma funcional, ou seja, executar essas etapas com êxito, dando função ao seu progresso. A cada semana esse plano pode ser alterado, sendo adaptado às necessidades do paciente.

Nos cuidados paliativos, busca-se minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam problemas associados às doenças que ameaçam a vida. Essa mitigação é realizada por etapas, sendo elas: a identificação precoce, a avaliação correta e o tratamento de problemas físicos, psicossociais e espirituais. Esses tratamentos são contemplados em três níveis de intervenção: físico, que é referente a sintomas como dor e náusea; psicossocial, sendo referente à identificação de medos e preocupações; e o espiritual, que tange suas crenças (PALMEIRA; SCORSOLINI-COMIN; PERES, 2020).

Seguindo com a entrevista, a psicóloga, quando questionada sobre a melhor forma de abordar os cuidados paliativos, explicou que nem sempre é necessário inicialmente adentrar no assunto da doença e dos aspectos ruins, mas que é recomendável falar das coisas boas, focar primeiro na apresentação e familiarização com o paciente, tornando a relação mais humana, de modo a iniciar um vínculo, e, por fim, quando o paciente tocar no assunto, focar e trabalhar a respeito.

Muitas vezes o paciente passa pelo processo de despersonalização assim que entra no hospital. Acaba por perder um pouco de si, pois ocorre uma rotulação muitas vezes numérica, ou descritiva de seu quadro clínico, ferindo assim seu processo de subjetivação, que é a construção da subjetividade de cada indivíduo, é a sua essência, tudo que ele construiu e se tornou até ali: o seu nome, a sua profissão, os seus diferenciais, os seus sonhos, a sua personalidade, as suas preferências e tudo aquilo que o torna um ser subjetivo. A partir do momento que o indivíduo se torna a enfermidade que ele possui, é quando o hospital fere a autonomia do paciente. Dessa forma, o papel da psicóloga é trabalhar buscando resgatar a singularidade desse indivíduo, na tentativa de mostrar a esse sujeito quem ele é, além de sua doença.

O objetivo é sempre buscar ser a mais acolhedora possível diante do paciente em estado de hospitalização, independente da situação em que ele se encontra. Pode acontecer do paciente estar muito debilitado fisicamente, reproduzindo sons que causam estranheza e muitas vezes não são agradáveis, mas, sobretudo, a equipe de cuidados paliativos atua para que esse paciente se sinta o mais confortável possível.

Durante esse processo a equipe busca, na medida do possível, realizar os desejos dos pacientes que, muitas vezes, podem ser simples, como: sentir novamente o gosto de um “cafezinho”, sentir a brisa do mar ou visitar sua terra natal. São desejos que nascem em pacientes hospitalizados há muito tempo, e eles são estudados pela equipe com a família, avaliando se é possível ou não serem realizados. Ponderando com o estado de saúde do paciente, é avaliado o risco da realização de algum desejo, avaliando se há um risco maior; caso não haja, o desejo é realizado. Inclusive é em razão desse contato entre equipe, família e paciente, segundo a psicóloga, que se mantém viva a esperança.

No que diz respeito a duração do processo de cuidados paliativos, o atendimento ao paciente é realizado até o fim, sendo então encerrado em razão da sua morte ou da sua transferência. Em relação à família do paciente, os cuidados são realizados com eles até o momento do óbito, sendo ofertada uma atenção qualificada. Porém, em seguida, essa família é encaminhada para uma rede de acolhimento específica e preparada para lidar com o luto familiar.

Ao finalizar sua fala, a psicóloga enfatiza que a esperança não se é arrancada do paciente em nenhum momento, e completa dizendo que: “o trabalho de qualquer profissional de psicologia no hospital é humanizar”.

#### **4. DISCUSSÃO**

Observou-se com a entrevista que, como foi dito por Azevedo (2016), a pessoa, enquanto sujeito hospitalizado, encontra-se em grande estado de sofrimento. Seus desejos, vontades, liberdade, privacidade e mundo de relações encontram-se violados. O paciente torna-se apenas um objeto de estudo da medicina. Cabe à psicóloga trazer alívio e ressignificação ao sujeito para

aquele momento, respeitando os princípios institucionais, contudo, sem se perder do objetivo da psicologia dentro do hospital, fornecendo assistência por meio do acolhimento e priorização da escuta, orientando ao paciente possibilidades de enfrentamento de sua condição.

Arantes (2012) declara: “ nós temos a ilusão de que a primeira impressão que é a que fica, e não é, é a última, porque no final da vida, é impressionante como todo mundo desperta, põe para fora, o que é a essência do ser humano”.

Na perspectiva dos cuidados paliativos, um dos principais aspectos é: possibilitar alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; elaborar novas perspectivas para a vida e ressignificar a morte e o morrer; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integralizar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; não adiar ou apressar a morte; oferecer apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente em seu próprio ambiente; proporcionar um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; e utilizar uma abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes, incluindo acompanhamento no luto (BERNARDO, 2013).

Fundamentados em uma visão holística do ser humano, os cuidados paliativos têm como filosofia valorizar a vida e compreender a morte como um processo natural, logo, não adia e nem antecipa a morte, e oferecem suporte para que os pacientes possam usufruir da melhor qualidade de vida possível (FERNANDES, 2013). Sendo assim, é errônea a postulação de que não é possível fazer mais nada pelo paciente sem probabilidade de cura, pois enquanto existir vida, há a necessidade do cuidado (ARAUJO; DA SILVA, 2007).

Dessa forma, faz-se necessário adotar uma prática assistencial que esteja apoiada no bem-estar biopsicossocial e espiritual da pessoa em sua finitude, a fim de promover uma melhor qualidade de vida e minimizar o sofrimento durante a doença terminal. Dessa forma, deve-se considerar, essencialmente, os cuidados paliativos como modalidade de assistência, pois demanda da equipe um olhar cauteloso e atento (FERNANDES, 2013).

Assim, a terapêutica paliativa se institui quando a terapêutica curativa passa a não ser mais o objetivo, sendo, então, relacionada a uma intervenção multidisciplinar (KRUSE, 2007), que permite um tratamento menos agressivo, em que os pacientes sentem o mínimo possível dos efeitos causados pela doença, não tendo mais como propósito o prolongamento da vida ou a antecipação da morte.

Portanto, tem-se como objetivo a preservação da qualidade de vida do enfermo e da família, assim como o controle dos sintomas manifestados, uma vez que o paciente não pode ser visto somente como um corpo doente, mas também como um ser que traz consigo uma vida composta de desejos, medos e anseios (FERNANDES, 2013). Dessa forma, o trabalho em cuidados paliativos situa-se entre duas vertentes: a de não prolongar o sofrimento nem adiar a morte e a certeza de não preservar a vida a todo custo. Então, entre o não adiar nem antecipar a morte, encontra-se o cuidar, pois como o sujeito é ajudado ao nascer, precisa também ser ajudado no instante de morrer. E “ao invés de fazer restar mais vida sem qualidade, dar mais vida aos dias que ainda restam” (PORTO; LUSTOSA, 2010, p. 92).

Constatou-se que os cuidados paliativos são uma forma de atenção e acolhimento para os pacientes no estado final da vida, sendo de extrema importância para o sujeito e seus familiares. Foi possível compreender durante a análise da pesquisa que esse pode ser um processo doloroso para ambos e por isso torna-se fundamental a presença de uma psicóloga na equipe de cuidados paliativos. O papel da equipe multidisciplinar junto da profissional de psicologia é orientar esse sujeito para que consiga descansar não só o corpo, mas também a mente, mantendo viva a esperança, assim como foi relatado pela psicóloga entrevistada quando afirmou: “o trabalho de qualquer psicóloga no hospital é humanizar” (DOMINGUES; ALVES; CARMO; GALVÃO; TEIXEIRA; BALDOINO, 2003).

Caso ocorra o processo de despersonalização do paciente por alguns dos motivos já citados neste artigo, é necessária a intervenção e atuação da equipe de cuidados paliativos, em especial da psicóloga, mostrando que o paciente

tem suas próprias vontades, aspirações e preferências que, na medida do possível, devem ser respeitadas.

A equipe de cuidados paliativos pode ser variada e extensa de acordo com a região em que o hospital se encontra e também por suas condições. A equipe mínima é composta por médicos, enfermeiros e assistente social, porém, para um cuidado completo, é necessária a presença de um profissional da psicologia, pois prestam suporte emocional e acolhimento dos impactos que o sujeito vive em estado terminal (SEVALHO, 2018).

## **5. CONCLUSÃO**

Conclui-se que é de suma importância a participação de uma profissional de psicologia na equipe dos cuidados paliativos aos pacientes terminais, trazendo um olhar mais humanizado no processo de adoecimento do sujeito, diminuindo o seu sofrimento e contribuindo para que paciente mantenha sua singularidade e autonomia.

Durante esse processo, torna-se importante a comunicação entre a equipe, o paciente e seus familiares, impulsionando confiança e os deixando mais seguros em relação ao cuidado que o paciente está tendo, tornando o processo menos complicado e mais ameno. Nesse intuito, percebe-se a importância da presença da equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos por meio de estratégias pautadas em organização, planejamento e distribuição de tarefas, levando ao paciente e aos familiares informações seguras e confiáveis.

As psicólogas do setor de cuidados paliativos do Hucam atribuíram vários papéis que se tornam importantes na vida tanto do paciente como de sua família, contemplando também a equipe em que trabalham, utilizando o recurso mais importante que se tem: escuta. Ela poderá facilitar a vez e possibilitar a voz dos pacientes e seus familiares, fazendo com que se sintam compreendidos e acolhidos.

Portanto, em cuidados paliativos, o sofrimento ocorre e muitas das vezes não conseguimos evitá-los, mas é possível fazer com que o paciente viva os seus momentos finais da forma mais digna possível, e é esse o objetivo principal da equipe de cuidados paliativos e da psicóloga que integra essa equipe, além de





## O IMPACTO DAS REDES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL

Gabriely dos Santos Reisen<sup>1</sup>, Luis Eduardo Rodrigues da Cunha<sup>1</sup>, Raíssa Portela Teixeira<sup>1</sup>, Bruno Eduardo Silva Ferreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicas do curso de Graduação em Psicologia

<sup>2</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo – Professor Multivix Vitória

### RESUMO

O avanço da tecnologia tem proporcionado novas realidades, novas formas de ser e se comportar, além de influenciar as práticas de consumo. A nova era digital tem se expandido e se tornando cada vez mais indispensável, presente no cotidiano dos usuários como ferramenta primordial nos afazeres domésticos, de trabalho e nas relações sociais. Mesmo benéfico, o avanço da tecnologia impacta a vida dos usuários. Já é possível observar que o uso compulsivo dessa ferramenta ocasiona mudanças em toda a sociedade, fazendo com que seja necessária uma análise dos efeitos para identificar quais fatores contribuem para essas alterações, preferencialmente os danos de caráter psicológicos e comportamentais. A metodologia consiste em uma pesquisa de campo do tipo survey, onde a coleta de dados ocorreu a partir de um formulário criado com base no Internet Addiction Test (IAT) e aplicado pelo Google Forms, aberto no período entre 13 e 22 de outubro de 2021. Foram coletadas 230 respostas em 12 estados brasileiros, majoritariamente no Espírito Santo, com amostra composta em sua maioria por mulheres com grau de instrução elevado e idade média de 32,4 anos. A análise dos dados apontou que a maioria dos respondentes apresenta comportamento de uso desadaptativo das redes sociais. Apesar de afirmarem que possuem consciência da manipulação feita pelos algoritmos das redes sociais e das consequências para com a saúde mental dos usuários, consideram que o impacto em suas vidas é mais positivo do que negativo.

**Palavras-chave:** redes sociais, psicologia, saúde mental, vício, algoritmos.

### ABSTRACT

The advancement of technology has provided new realities, new ways of being and behaving, in addition to influencing consumption practices. The new digital age has been expanding and becoming increasingly indispensable, present in the daily lives of users as a primary tool in household and work tasks and in the social relationships of many individuals. Even beneficial the advancement of technology impacts users' lives. It is already possible to observe that the compulsive use of this tool causes changes throughout society, making it necessary to analyze the effects and identify which factors contribute to these changes, preferably psychological and behavioral damage. The methodology consists of a survey-type field research where data collection took place from a form created based on the Internet Addiction Test (IAT) and applied by Google Forms, opened in the period between October 13th and 22nd, 2021. A total of 230 responses were collected in 12 Brazilian states, mostly in Espírito Santo, with a sample composed mostly of women with a high level of education and an average age of 32.4 years. Data analysis showed that most respondents have maladaptive use of social networks. Despite claiming that they are aware of the manipulation made by the algorithms of social networks and the consequences for the mental health of users, they consider that the impact on their lives is more positive than negative.

**Keywords:** Social networks, psychology, mental health, addiction, algorithm.

## 1. INTRODUÇÃO

Vivencia-se uma importante transformação histórica com o surgimento dos meios de comunicação de massa no século XX baseado em tecnologia eletrônica. No século XXI há a chegada dos meios de comunicação de

abrangência global conectados por meio das redes. Novas ferramentas vão surgindo e evoluindo, conexões nos modos de vida contemporâneos e uma mutação na produção das subjetividades humanas.

É perceptível que a tecnologia transformou a relação do ser humano com o mundo, as redes sociais são fruto desse avanço tecnológico e tem feito cada vez mais parte da vida das pessoas. Incontáveis benefícios que as redes sociais prometem, no entanto é possível observar que o uso compulsivo dessa ferramenta ocasiona mudanças nos usuários, fazendo com que seja necessária uma análise dos efeitos para identificar quais fatores contribuem para essas alterações, preferencialmente os danos de caráter psicológicos e comportamentais. O termo "mal do século" tornou-se frequente para se referir a transtornos depressivos na atualidade. Existe uma inclinação quando remete às redes sociais?

Casos como a depressão aumentaram assombrosamente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a depressão é a quarta doença mais comum no mundo, podendo chegar a segundo lugar em pouco tempo (TAVARES, 2010). O Brasil ocupa segunda posição nas Américas em termos da taxa de pessoas depressivas, com cerca de 5,8% da população. Além de transtornos depressivos, o país está no topo de casos de ansiedade (SAMP, 2021), fator que ocasiona o afastamento e evasão do trabalho, tornando as pessoas incapazes de realizar seus afazeres e de participar de relações sociais e coletivas (TAVARES, 2010).

Assim, é importante compreender os fatores que propiciam o desenvolvimento de transtornos na atualidade, visto o aumento de casos, e se há conexão com o uso compulsivo das redes sociais. As redes sociais são um fenômeno crescente e global, que em excesso pode causar adoecimento psíquico e físico ao usuário, daí faz-se necessário trazer atenção ao assunto. Frente ao exposto, surge a pergunta que norteia esta investigação: quais as relações existentes entre o (ab)uso de redes sociais e a saúde mental?

## 2. REDES SOCIAIS E ALGORITMOS

A rede social tornou-se uma estrutura sem fronteiras, subdividiu-se em vários aspectos, onde é possível a representação de um conjunto de participantes autônomos, em que há a união de ideias e recursos girando em torno de valores e interesses em comum. Nessas redes, torna-se possível que grupos sociais estejam permanentemente conectados, sendo assim, as informações que percorrem são persistentes e capazes de serem buscadas, organizadas e direcionadas a audiências invisíveis e facilmente replicáveis (RANGEL; MIRANDA, 2016).

Em 2004, a rede social Facebook repercutiu na internet, chamando a atenção de muitos usuários. Uma década foi necessária para que o Facebook se tornasse a maior rede social do mundo. O aumento exponencial de inscritos deteve um bilhão de usuários em dez anos ao Facebook (FREITAS; BORGES; RIOS, 2016). Tamanho sucesso pode ser explicado. O Facebook mapeia as preferências do usuário, de modo a oferecer preferencialmente conteúdos mais direcionados a seus interesses. Esse trabalho é realizado pelo próprio usuário da rede, convidado a configurar as suas preferências (postura ativa na relação com a plataforma), filtrando o que deseja ver e receber. A movimentação dos usuários fornece os indicadores aos algoritmos da rede social, ampliando as interações ativas, o engajamento e a atratividade (KAUFMAN; SANTAELLA, 2020, p. 7).

Em 2012, o Facebook se torna dono da rede social Instagram, uma negociação que custou cerca de um bilhão de dólares. Naquela época, o Instagram já contava com 50 milhões de usuários. O Instagram ficou estimado e conhecido pela sua proposta que une dois conceitos da contemporaneidade: rede social e fotografia digital. De forma notável, o Instagram continua sendo uma rede social em ascensão. O Departamento de Pesquisa Statista (2021) constatou, em 2019, que o Instagram tinha quase 815 milhões de usuários conectados mensalmente, e prevê que em 2023 esse número possa alcançar 1,2 bilhões de usuários.

Não restam dúvidas de que o Instagram continuará sendo tendência mundial na contemporaneidade. Atualmente, o Instagram carrega a premissa de expor

o ponto de vista, a intimidade, as relações sociais e de consumo, independentemente da experiência do usuário a todos conectados. A proposta narcísica do aplicativo origina a condição, promessa, de tornar o usuário visto e nunca esquecido. Equiparando o Facebook ao Instagram, fica pertinente questionar o seguinte: “enquanto uma das premissas para exposição no Facebook é ‘o que você está pensando agora?’, no Instagram a pergunta é: ‘o que você está fazendo agora?’” (SILVA, 2012, p. 6).

A maneira de pensar e funcionar das redes sociais, como ocorre o direcionamento das funcionalidades e circulação das informações? A operação é feita por algoritmos de computadores. Os algoritmos são manuais de instruções que resolvem problemas complexos no computador por meio de softwares. O entendimento é os algoritmos serem operados por megacomputadores programados por pessoas especialistas que levam o projeto desse sistema aos aparelhos eletrônicos. O efeito otimiza e melhora a funcionalidade dos eletrônicos conforme a função programada: atender à necessidade do usuário. Tamanha eficiência é tida como facilitador na concretude de tarefas dos usuários (TOMASEVICIUS FILHO, 2005). A estrutura dos algoritmos se baseia nos processos e redes neurais do próprio cérebro humano, na ciência da computação é chamado de Deep Learning:

Inspirado no funcionamento do cérebro, por isso também conhecido como redes neurais, o deep learning foi concebido na década de 1980, concretizado a partir de 2010-2012 com o crescimento exponencial dos dados, e a maior capacidade computacional – GPUs (Graphic Processing Unit) e computação em nuvem –, que reduz o tempo de treinamento dos algoritmos (KAUFMAN, 2019).

Ganascia (1997, apud TOMASEVICIUS FILHO, 2018) explica que Deep Learning segue pistas a partir de experiências anteriores, causando um aperfeiçoamento constante do algoritmo. A partir disso, os aparelhos tecnológicos conseguem reproduzir ações em um processo denominado Machine Learning (ML).

ML explora o estudo e a construção de algoritmos que, seguindo instruções, fazem previsões ou tomam decisões baseadas em dados – modelos elaborados a partir de

entradas de amostras. O aprendizado de máquina é empregado em uma variedade de tarefas de computação, nas quais programar os algoritmos é difícil ou inviável. Trata-se de um processo de solução de um problema específico por meio da construção algorítmica de um modelo estatístico baseado em um conjunto de dados (BURKOV, 2019, p.4).

O algoritmo prevê suas ações com base em dados oriundos do comportamento do usuário: pesquisar e ofertar informações. O que alimenta a funcionalidade dos algoritmos para categorizar, aprender e aperfeiçoar. Quanto mais informações oferecidas ao algoritmo, mais eficiente ele fica.

O benefício trouxe algumas preocupações, como a formação de “bolhas” ou “câmara de eco” (clusters) nas redes sociais, dando ao usuário apenas o que ele quer ver, desconsiderando conteúdos irrelevantes ao interesse. O cluster fortalece a proliferação de notícias falsas (fake news), visto que reduz o contato com o contraditório e reforça pontos de vista preexistentes, deixando apenas pontos de vista mais estreitos. Propagadores de “fake news” encontraram nas redes sociais o ambiente ideal para disseminar informações falsas e sensacionalistas, consumidas de maneira instantânea ao público em massa. Dependendo do tema e da forma como a notícia foi veiculada, pode causar impacto na saúde mental dos usuários, visto que essas notícias são postadas visando provocar uma resposta emocional imediata (KAUFMAN; SANTAELLA, 2020).

Dentre os sentimentos despertados pelas fake news, têm-se raiva, medo, ansiedade, euforia e tristeza, sentimentos que acabam por estimular uma resposta imediata, na forma do compartilhamento irresponsável das falsas notícias (KAUFMAN; SANTAELLA, 2020). Sentimentos como raiva e frustração podem imergir nas pessoas menos vulneráveis às “fake news”, visto que o usuário pode começar a se sentir impotente diante dos frequentes e insistentes métodos de manipulação da opinião pública por meio dessas notícias falsas (ABJAUDE et. al.,2020). Também é possível haver uma relação do crescimento das “fake news” e a pós-verdade, onde os sujeitos preferem aquilo que elas escolhem acreditar que a veracidade dos fatos. Sendo assim, quando o indivíduo se depara com uma informação que se assemelha com suas

convicções pessoais, elas não hesitam em compartilhar sem se preocupar em verificar a fonte da notícia (QUADRADO; FERREIRA, 2020).

### **3. REDES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL**

As redes sociais podem funcionar como uma armadilha, já que facilitam a construção de relações efêmeras e superficiais. A rapidez com que as informações são acessadas faz com que as opiniões e as relações também se construam e se desfaçam na mesma proporção. O que se busca na vida online costuma ser popularidade, aumentar o número de seguidores, aumentando o número de visualizações das postagens e alcançando mais “likes”. Essa popularidade traz uma sensação de segurança e felicidade, pois afasta o receio de ser descartado (SILVA, 2016).

Bauman (apud SILVA, 2016) discute a instabilidade dos relacionamentos e os chama de estado de instabilidade relacional líquida. Ele aponta que essa característica de liquidez afeta a subjetividade humana, visto que os indivíduos precisam se reinventar constantemente e estar sempre atentos aos modismos sociais, pois devem ser uma mercadoria vendável perante à sociedade, para não serem peças descartáveis.

Segundo Guerrero (apud FACHIN, 2017), as novas tecnologias da informação e comunicação têm reforçado a ideia de panoptismo, que nas sociedades atuais se apresenta em duas modalidades. A primeira se constitui na vigilância em que todos os cidadãos estão sujeitos pelo poder político. A segunda é mais “sutil” e aceita pelas pessoas, e se define na pulsão de estar sempre conectados, compartilhando fotos e informações sobre o que estamos fazendo. Esse segundo tipo pode gerar um padrão de comportamento viciante e uma dependência das redes sociais, razão pela qual é urgente analisar esse panoptismo que invade as subjetividades na atualidade.

As plataformas sustentam um modelo de consumo que valoriza principalmente o narcisismo, estimulando a exposição de corpo perfeito, felicidade e sucesso, que, na maioria das vezes, é apenas um recorte da vida da pessoa, compartilhado em busca de aprovação social. Essas redes criam modelos de vidas perfeitas, o que pode causar sentimentos de inferioridade e frustração

naqueles que não conseguem alcançar esse patamar. Dessa forma, esses fatores contribuem com os índices de depressão, ansiedade e baixa autoestima nos sujeitos expostos desmedidamente às redes sociais (ABJAUDE et al., 2020).

Há também os casos de cyberbullying, em que o sujeito se aproveita do anonimato para realizar uma prática sistemática de ações de violência psicológica, o que afeta a saúde mental do sujeito exposto a esses atos de violência (ABJAUDE et. al., 2020). Além disso, discursos de ódio direcionados a grupos minoritários podem desencadear problemas emocionais importantes para vítimas e agressores, como fobia social, depressão, ansiedade e baixa autoestima (SCHREIBER, 2015). Calligaris (apud PEREIRA, 2017) diz que nas redes sociais cria-se a possibilidade de expressar sentimentos de profunda inimizade, dando-lhe uma dimensão pública, podendo receber aplausos pelos seus amigos e seguidores, e se sentir de alguma forma validado.

Ao proporcionar acesso rápido e fácil a diversas informações, além de possibilitar a aproximação dos sujeitos, a internet se tornou uma ferramenta indispensável. As redes sociais, especialmente durante a pandemia de Covid-19, foram a principal ferramenta para conectar pessoas, além de servir como fonte de informação e válvula de escape para se distrair e compartilhar sentimentos durante o período de isolamento. Contudo, o uso descontrolado das redes ocasiona a chamada adicção por internet, que se caracteriza pelo padrão desadaptativo, com prejuízos clinicamente consideráveis ou sofrimento emocional (MOROMIZATO et. al., 2017).

Nicolaci-da-Costa (2002) afirma que é possível classificar os efeitos do uso da Internet em três grandes categorias: (a) registros de alterações superficiais de comportamento, passíveis de serem detectados; (b) relatos de comportamentos considerados problemáticos, bem como de conflitos internos gerados pelo uso da internet; e (c) registros, descrições e análises das transformações que ocorrem na própria organização subjetiva dos sujeitos em seus dias. Dessa forma, a Revolução das Tecnologias da Informação gerou uma nova realidade. Esse ciberespaço proporciona uma experiência tão atraente e intensa que pode levar ao vício.

Os problemas relacionados à saúde mental e comportamental são caracterizados pelas alterações de pensamentos, comportamentos e humor, devido a uma disfunção desses fatores, que atingem o funcionamento psíquico global. O uso das redes sociais é um hábito relativamente recente, porém já é possível identificar a influência que esse hábito tem na vida das pessoas (ABJAUDE et al., 2020).

Alguns estudos apontam que a adicção à internet não está precisamente relacionada com o tempo gasto na internet, mas sim com o padrão desadaptativo desse uso. Os sintomas incluem uso compulsivo da internet, tempo prolongado nas redes sociais, crença de que o mundo é desinteressante sem a internet. Quando o acesso é interrompido, apresenta-se irritabilidade e redução das relações sociais, e além disso a pessoa adicta pode apresentar alterações na qualidade do sono e da alimentação, redução do desempenho profissional e deterioração das relações interpessoais. A adicção por internet já se relacionou a transtornos de ansiedade e de humor, depressão, comportamento compulsivo, transtornos de personalidade, diminuição da felicidade e vitalidade subjetivas, além de danos à saúde mental, geralmente podendo levar ao suicídio (MOROMIZATO et. al., 2017).

Estudos recentes, apontados na matéria produzida pelo site de notícias de G1, alertam que usuários compulsivos de redes sociais possuem probabilidade alta de desenvolver depressão. O que se sabe atualmente é que o exagero aumenta a tendência à depressão, mas o uso descontrolado das redes sociais não causaria o transtorno (G1 GLOBO, 2016). O comportamento de dependência começa a se apresentar causando alterações da saúde e bem-estar físico, mental e social. Sendo considerado problema de saúde pública, a OMS conceitua dependência como um:

Conjunto de fenômenos do comportamento, cognitivos e fisiológicos, que se desenvolvem após o consumo repetido da substância em questão, entre os quais se contam caracteristicamente os seguintes: um poderoso desejo de tomar a droga, uma deterioração da capacidade para autocontrolar o consumo da mesma, a persistência do uso apesar das consequências nocivas, uma maior prioridade dada à utilização da droga que a outras atividades e obrigações, um aumento da tolerância à droga e, por vezes,

um estado de abstinência por dependência física (MARQUES, 2008).

Essa definição é caracterizada para as dependências químicas, entretanto novos distúrbios sem relação com qualquer substância têm surgido e similarmente podem ter implicações nas diferentes dimensões do indivíduo (ZOU et. al., 2017). Moreira (2018) utiliza o conceito “internet addiction disorder” para diferenciar o uso patológico da internet do uso considerado normal. Apesar de bastante atual, a dependência da internet ainda não faz parte do DSM-V, gerando uma possível subestimação dos casos (MOREIRA, 2018).

Diferentes técnicas de neuroimagem vêm sendo aplicadas para entender que alterações estruturais e funcionais acontecem em indivíduos dependentes de internet. Os poucos estudos existentes apontam haver alterações envolvendo o córtex pré-frontal e o tálamo, alterações estas que podem ser comparadas àquelas que ocorrem nas dependências químicas (MOREIRA, 2018). Outras áreas cerebrais, em especial as visuais e motoro-sensoriais, podem também apresentar alterações relacionadas ao uso excessivo de internet (KUSS; GRIFFITHS, 2012). As regiões cerebrais em que se verificam alterações estruturais nos sujeitos dependentes de internet estão envolvidas principalmente com a gênese e processamento de emoções, atenção, tomada de decisão, sensação de gratificação e com o controle cognitivo (MOREIRA, 2018). Outro fator identificado também é o de que os níveis de dopamina em sujeitos dependentes de internet aparentam ser similares àqueles encontrados em sujeitos com dependência de substâncias, o que indica uma base neurológica equivalente (HOU et. al., 2012).

De forma simultânea e dual, a internet é positiva e desburocratizada, que facilita o acesso às informações e aproxima as pessoas. Estando sujeita também a proporcionar experiências negativas, como a captura da subjetividade do indivíduo e senão ele mesmo.

#### **4. MATERIAL E MÉTODOS**

O estudo caracteriza-se pela abordagem quantitativa, com objetivo exploratório, usando como método de pesquisa o levantamento de dados (survey). A

pesquisa de levantamento tem caráter quantitativo, possibilitando uma análise estatística e aplicação de correlações com base nas informações fornecidas pelos participantes no que tange aos seus comportamentos e opiniões (GIL, 2008). O material da coleta de dados foi um formulário produzido a partir do Internet Addiction Test (IAT), que mensura a dependência de internet.

O formulário foi produzido por meio do Google Forms, uma ferramenta que permite a coleta on-line de dados em grande alcance e quantidade e em curto espaço de tempo. O formulário abrange questões sobre aspectos socioeconômicos, uso das redes sociais e por um conjunto de afirmativas frente às quais o participante deveria indicar seu nível de concordância. Foi encaminhado nas redes sociais WhatsApp, Instagram, Facebook e Twitter, no período entre 13 a 22 de outubro de 2021, obtendo 230 respostas. O público-alvo abrange qualquer indivíduo que use redes sociais e plataformas disponíveis na internet com idade a partir de 18 anos.

Esta pesquisa está de acordo com a resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais no que diz respeito a dispensar apresentação do projeto ao CEP. Ressaltando que esta investigação contou com a opinião pública dos participantes não identificados.

Ainda que a pesquisa não tenha sido apresentada a um Comitê de Ética em Pesquisa, todos os cuidados éticos foram apontados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado a todos os participantes. A participação foi voluntária e anônima. Esta pesquisa não ofereceu risco psicológico ou físico aos participantes, mesmo assim foi oferecido suporte às pessoas que porventura se sentissem desconfortáveis em algum momento de sua participação.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Obtiveram-se 49,8% de pessoas na faixa etária entre 18 a 29 anos; 22,3% entre 30 a 39 anos; 17% entre 40 a 49 anos; e 10,9% de pessoas com 50 anos ou mais. A amostra é representada por 70,3% de pessoas do sexo feminino, enquanto 28,8% do sexo masculino, apresentando também 0,9% de pessoas

que se declararam como não binárias. O questionário chegou em 12 estados brasileiros com respostas majoritariamente no Espírito Santo - 69,9%. Outros estados mostraram significância: Minas Gerais (14,3%), São Paulo (6,5%) e Rio de Janeiro (2,6%). A respeito dos dados sociodemográficos, os respondentes se declararam como funcionário da iniciativa privada (31,3%); estudante (27%); autônomo (13%); funcionário público (9,6%); desempregado (5,2%); aposentado (3%) e outros (10%). No que se refere ao grau de instrução: ensino superior incompleto (37,4%); ensino superior completo (25,7%); pós-graduação completo (17%); pós-graduação incompleto (5,7%); ensino médio completo (11,7%); ensino médio incompleto (1,7%); ensino fundamental completo (0,9%). No quesito renda familiar mensal, declararam-se com renda superior a 5 salários mínimos (31,7%); de 2 a 3 salários mínimos (20,9%); de 1 a 2 salários mínimos (15,7%); de 3 a 4 salários mínimos (13,9%); de 4 a 5 salários mínimos (13,9%); até 1 salário mínimo (3,9%).

Em síntese, a amostra da pesquisa se mostrou sendo majoritariamente feminina, residente no estado do Espírito Santo, que trabalha na iniciativa privada, com grau de instrução elevado e com renda familiar variável tendenciando prevalência à classe média e alta.

Quanto ao uso de redes sociais, os respondentes utilizam as redes sociais Instagram (83%); WhatsApp (74,3%); Facebook (32,6%); além do Twitter (16,5%); e o TikTok (10,4%). Sobre o tempo gasto nas redes sociais, supõem entre 1h e 3h por dia (36,1%); entre 3h e 5h por dia (29,1%); entre 5h e 7h por dia (16,1%); entre 7h e 9h por dia (8,3%); mais de 9h por dia (5,7%); menos de 1h por dia (4,8%). Desse tempo utilizado, cerca de 57,8% utilizam as redes como ferramenta de trabalho.

No dia 4 de outubro de 2021 ocorreu uma queda geral nos serviços de algumas redes sociais (sendo elas o WhatsApp, Facebook e Instagram) por períodos que chegaram há sete horas em alguns casos. Durante o período em que essas redes sociais permaneceram inativas, fora do ar. Em virtude do acontecimento, é questionado ao respondente se ele teve algum prejuízo no trabalho ou na vida pessoal. As respostas foram: não, em nenhum dos dois

(67,8%); sim, apenas no trabalho (20,9%); sim, apenas na vida pessoal (6,1%); sim, em ambos (5,2%).

O pretexto da pesquisa era de que os respondentes efetuariam uma autoavaliação antes de selecionar a resposta que melhor traduzisse o seu pensamento. Como a autopercepção pode ser enganosa em alguma medida, as respostas obtidas não necessariamente condizem com os fatos, mas sim com a percepção que os respondentes tiveram de si durante a participação nesta pesquisa.

Aproximadamente dois terços dos participantes demonstram dificuldade em controlar o tempo que passam nas redes, uma vez que 66,1% deles afirmam que têm dificuldade de desconectar das redes sociais, e 78% passam mais tempo on-line do que pretendiam. Como consequência dessa falta de controle, 56,1% dos respondentes apontam que negligenciam tarefas domésticas, estudo ou trabalho para permanecer on-line. Cerca de um terço dos respondentes declaram preferir estar on-line em vez de estar com uma pessoa querida, e quase dois terços não estabelecem novas amizades com outros usuários. Estão se dedicando mais aos vínculos já existentes em suas redes sociais, interagindo com pessoas que já fazem parte da sua bolha social, deixando a realidade e vida em segundo plano. Em média, os respondentes declararam passar aproximadamente quatro horas conectados por dia.

A dificuldade para controlar o tempo conectado, passando mais tempo on-line do que gostaria, mesmo tendo consciência do excesso, pode ser explicada pelo mecanismo de recompensa do cérebro, induzido a estar sempre conectado e a consumir e compartilhar cada vez mais conteúdo.

O hábito de estar sempre conectado não é necessariamente uma opção do indivíduo: essa falta de controle pode ser um sintoma de vício, hipoteticamente, articulado pelos algoritmos. Segundo Young (apud MOREIRA, 2018), a dependência da internet pode ser verificável por meio de sintomas como incapacidade de diminuir seu uso, aumento da intolerância, sintomas de abstinência, mentir acerca da atividade on-line, emoções negativas resultantes do uso de internet e utilização da internet para automedicação. Quase todos os respondentes (92,6% da amostra) têm consciência de que o algoritmo

manipula as pessoas para passarem mais tempo on-line, mesmo assim enxergam as redes sociais como algo mais positivo do que negativo em suas vidas. Um dos aspectos do vício é a negação aos efeitos negativos, apegando-se às recompensas. Diante disso, será que saber que se está sendo manipulado necessariamente significa algo ruim para quem tem vício em redes sociais? Por que essas pessoas não se incomodam com essa manipulação?

Ao serem perguntados sobre quais sentimentos emergiram quando as principais redes sociais ficaram fora do ar, os respondentes puderam selecionar mais de uma resposta, sentimento. Grande parte da amostra foi atingida por sentimentos negativos como indiferença (41,3%), inquietação (26,1%), tédio (27,8%) e ansiedade (18,3%). Dados que se contrapõem aos sentimentos positivos mais citados: paz (17,4%); tranquilidade (19,6%); alívio (16,5%); e relaxamento (12,2%).

Agora, se quase metade dos respondentes sente indiferença quando as redes sociais caem, por que passam tanto tempo conectados? Essas contradições podem apontar diretamente para o vício e uso abusivo das redes sociais, visto que pessoas com dependência química têm as mesmas contradições envolvendo sentimentos e autopercepção. A inquietação chama atenção por ser um sintoma típico da abstinência, em simultâneo, em que sentimentos como paz e alívio se destacam na amostra. Esses sentimentos podem advir do fato de que como a queda das redes sociais foi geral, não há nada acontecendo sem que a pessoa perceba. Como todo o mundo está “off-line”, fora do ar, a pressão por se fazer presente, ser notado e interagir desaparece, é possível relaxar sem se sentir culpado. É muito comum o relato de pessoas que dizem usar as redes sociais para fugir do tédio, principalmente nos intervalos entre uma atividade e outra. Ao se deparar com o não funcionamento das redes, o sentimento de tédio logo aparece e o que antes era uma válvula de escape agora está inacessível, forçando um contato obrigatório com aquilo que gera incômodo. Enquanto um terço da amostra aponta que se sente importante quando recebe atenção nas redes sociais e interage com seus amigos, dois terços dizem não ficar tristes quando suas amigas não postam fotos ou não os marcam em suas publicações. Isso pode ser interpretado pelo fato de as pessoas sentirem necessidade de controle sobre o que expõe a seu

respeito nas redes. No geral, as pessoas gostam do controle nas redes sociais e mérito pelo conteúdo que compartilham. Cerca de dois terços dos respondentes afirmam que utilizam as redes sociais como válvula de escape para bloquear pensamentos negativos ou problemas pessoais. Esses dados vão de encontro às características de sintomas envolvendo vícios, visto que geralmente os indivíduos com dependência química, por exemplo, declaram que a motivação para continuar utilizando tais substâncias vai além dos prazeres momentâneos que as drogas proporcionam, mas, principalmente, pela possibilidade de bloquear os pensamentos negativos, mesmo que momentaneamente. O que pode justificar que para 49% da amostra as redes sociais não afetam negativamente sua saúde mental, enquanto 53,9% consideram que as redes sociais têm impacto positivo em suas vidas.

Em contrapartida, quase um terço da amostra afirma não se sentir satisfeito com a própria saúde mental, se sentindo mal a maior parte do tempo, enquanto dois terços afirmam estar cientes que o mau uso das redes sociais pode gerar ou agravar uma piora na saúde mental.

Apesar das redes sociais servirem como um refúgio para se desconectar do que causa sofrimento e se distrair para alguns, o impacto pode desencadear novas inseguranças, baixa autoestima e fobia social ao se comparar a própria vida com a de outras pessoas a partir dos fragmentos compartilhados nas redes. Esses fragmentos, vale lembrar, nem sempre condizem com a realidade, visto que geralmente as pessoas optam por compartilhar apenas momentos felizes e conquistas pessoais, ocultando aspectos negativos da sua realidade (MOREIRA, 2018).

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Não se pode negar ou reduzir o peso das redes sociais na vida e no cotidiano das pessoas e sociedade na totalidade. Paralelamente ao aumento no uso e na importância das redes sociais, percebe-se que especialistas alertam para um aumento de transtornos mentais potencializado pela pandemia de Covid-19. Embora os dois temas não estejam necessariamente ligados, é notável o quanto o uso das redes pode ser um alento em momentos de desconolação catalisando esse sofrimento.

Por meio dos materiais científicos levantados e apurados - o questionário desenvolvido e aplicado - se vê a relação entre o uso excessivo das redes sociais e a saúde mental, sendo possível pontuar quais aspectos contribuem para essa alteração no bem-estar psíquico das pessoas. O uso excessivo, porém, consciente das redes sociais. Dificuldade em conciliar tarefas diárias com o tempo que passam conectados, além de desconforto ou sofrimento a partir de eventos que perpassa nas redes sociais. Tal uso desadaptativo pode configurar uma situação similar a de uma pessoa viciada em substâncias químicas. Há semelhanças comportamentais como a incapacidade de diminuir a utilização, preocupação, aumento da tolerância, abstinência, permanência prolongada ao uso mais tempo do que o necessário, mentir acerca da atividade on-line, emoções negativas resultantes do uso de internet, como indicarem que as regiões cerebrais afetadas são as mesmas de dependentes químicos.

A maioria dos respondentes, apesar de afirmar que possui consciência da manipulação feita pelos algoritmos das redes sociais e das consequências sobre a saúde mental dos usuários, avalia o impacto em suas vidas como mais positivo que negativo. Esses dados sugerem questionamentos que podem ser discutidos em pesquisas futuras: será que saber que está sendo manipulado necessariamente significa algo ruim para quem tem vício em redes sociais? Por que essas pessoas sabem que estão sendo manipuladas, mas não se incomodam com isso? As recompensas decorrentes do uso das redes sociais conseguem anular os aspectos negativos? É possível apontar uma equivalência entre os aspectos positivos e negativos advindos do mau uso das redes sociais na perspectiva desses usuários? Talvez as respostas a estas questões mudem a forma de se relacionar com as redes sociais no futuro.

## REFERÊNCIAS

ABJAUDE, Samir Antonio Rodrigues; PEREIRA, Lucas Borges; ZANETTI, Maria Olívia Barboza; PEREIRA, Leonardo Régis Leira. **Como as mídias sociais influenciam na saúde mental?**. 2020. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext) HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1806-69762020000100001"& HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1806-69762020000100001"pid=S1806-69762020000100001">. Acesso em: 20 ago. 2021.

CONSELHO Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

FACHIN, Patrícia. **O panoptismo de estar constantemente conectado as redes sociais**. 2017. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/571405-o-panoptismo-de-estar-constantemente-conectado-as-redes-sociais-entrevistaespecial-com-olaya-fernandez-guerrero>>. Acesso em: 24 ago. 2021.

FREITAS, Carlos Eduardo Pereira; BORGES, Messias Vasconcelos; RIOS, José Riverson Araújo Cysne. **O algoritmo classificatório no feed do Instagram**. XXXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. 2016. Disponível em: <>. Acesso em: 22 ago. 2021.

G1 GLOBO. **Usuários compulsivos de redes sociais têm mais chance de entrar em depressão**. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2016/04/seu-filho-faz-uso-excessivo-de-aparelhos-eletronicos-faca-o-teste.html>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOU, H. et al. **Redução dos transportadores de dopamina estriatal em pessoas com transtorno de dependência de internet**. 2012. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22505818/>>. Acesso em: 19 out. 2021.

KAUFMAN, Dora; SANTAELLA, Lucia. **O papel dos algoritmos de inteligência artificial nas redes sociais**. Revista Famecos, v. 27, p. 1-10, 2020. Disponível em: < em: 22 ago. 2021.

KUSS, Daria J.; GRIFFITHS, Mark D. **Internet e vício em jogos: uma revisão sistemática da literatura de estudos de neuroimagem**. 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24961198/>>. Acesso em: 19 out. 2021.

MARQUES, Ana Rita Valinho dos Santos. **A(S) Droga(S) E A(S) Toxicodependência(S): Representações Sociais E Políticas Em Portugal**. 2008. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20579>>. Acesso em: 19 out. 2021.

MOREIRA, Solange Filipa Russo. **Internet e os jovens: efeitos da dependência numa conjectura atualista**. 2018. Disponível em: <[https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8428/1/6155\\_13176.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8428/1/6155_13176.pdf)> Acesso em: 19 out. 2021.

MOROMIZATO, M. S.; et al. 2017. **O uso da Internet e das redes sociais e a relação com os sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes de medicina**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/h64tYKYMwXDmMJ7NGpmRjtN/?lang=pt>>. Acesso em: 03 out. 2021.

NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria. **Revoluções Tecnológicas e Transformações Subjetivas**. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n2/a09v18n2.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2021.

PEREIRA, Néli. **Redes sociais validam o ódio das pessoas, diz psicanalista**. BBC Brasil, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-38563773>>.

QUADRADO, Jaqueline Carvalho; FERREIRA, Ewerton da Silva. **Ódio e Intolerância nas redes sociais digitais**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/3LNyLswf9rkhDStZ9v4YT3H/?lang=pt>>. Acesso em: 03 out. 2021.

RANGEL, Jéssica Ribeiro; MIRANDA, Gilberto José. **Desempenho Acadêmico e o Uso de Redes Sociais**. 2016. Disponível em: < >. Acesso em> 31 out. 2021.

SAMP. **Janeiro branco: Brasil está entre os países com maior número de casos de depressão e ansiedade**. 2021. Disponível em: <>. Acesso em: 20 ago. 2021.

- SCHREIBER, Fernando Castro de Souza; ANTUNES, Maria Cristina. **Cyberbullying: do virtual ao psicológico**. 2015. Disponível em: <>. Acesso em: 12 out. 2021.
- SILVA, João Henrique Da. **A virtualização das relações e a liquefação dos laços afetivos sob a ótica de Zygmunt Bauman**. 2016. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/356021483/4-A-Virtualizacao-Das-Relacoes-e-a-Liquefacao-Dos-Lacos-Afetivos-Sob-a-Otica-de-Zygmunt-Bauman>>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- SILVA, Polyana Inácio Rezende. **Dinâmicas comunicacionais na representação da vida cotidiana–Instagram: um modo de narrar sobre si, fotografar ou de olhar para se ver**. Intercom, 2012. Disponível em: <>. Acesso em: 20 out. 2021.
- STATISTA. **Number of Instagram users worldwide from 2016 to 2023**. Disponível em: <> Acesso em: 14 set. 2021.
- TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo**. 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/j42t3/pdf/tavares-9788579831003-03.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- Teste de Dependência de Internet (Internet Addiction Test)**. Disponível em: <f>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- TOMASEVICIUS FILHO, Eduardo. **Inteligência artificial e direitos da personalidade: uma contradição em termos?** Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, v. 113, p. 133-149, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/156553/152042>>. Acesso em: 22 ago. 2021.
- ZOU, Z.; et al. **Definição de substância e não substância vício**. 2017. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/320803078\\_Definition\\_of\\_Substance\\_and\\_Non-substance\\_Addiction](https://www.researchgate.net/publication/320803078_Definition_of_Substance_and_Non-substance_Addiction)>. Acesso em: 19 out. 2021.

# VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL E A ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Háryna Schwambach Rocha<sup>1</sup>, Juliana Lopes Rebel<sup>1</sup>, Maria Eduarda Quintela Balbino<sup>1</sup>, Bianca Lacchine Paula<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Acadêmicas do curso de Enfermagem Faculdade MULTIVIX Vitória

<sup>2</sup> Especialista. Orientadora / Professora Faculdade MULTIVIX Vitória

## RESUMO

A violência sexual infantil vem sendo uma preocupação muito grande nos tempos atuais devido ao aumento de números de casos espalhados por todo Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o abuso sexual infantil como a participação de uma criança em uma atividade sexual em que ela não pode consentir. O estudo possui o objetivo de analisar a assistência fornecida pela enfermagem às crianças vitimadas sexualmente. Trata-se de uma revisão integrativa elaborada em VI etapas. Como resultados, foram encontradas 159 publicações, sendo 09 o total de artigos selecionados por meio das bases de dados BVS, BDENF, LILACS e MEDLINE. A partir deste estudo, percebe-se que, atualmente, a violência doméstica infantil é a maior causa de morte de crianças/jovens entre 5 e 19 anos. Como consequências, podem ser encontrados danos emocionais, sociais e físicos, possuindo caráter agudo ou tardio. De forma assistencial, a equipe de enfermagem se destaca no cuidado ao paciente, pois possuem um laço afetivo mais consistente, transmitindo segurança e carinho ao paciente e à sua família. Este estudo conclui que é imprescindível que a equipe de enfermagem tenha conhecimento sobre suas atribuições no cuidado a essa criança, compreendendo as diversas formas de violência sexual que podem ocorrer dentro do lar, por pessoas próximas, parentes e até mesmo pelos pais, deixando a criança em completo estado de vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** abuso sexual, criança, enfermagem.

## ABSTRACT

Childhood sexual violence has been a very big concern nowadays, due to the increase in the number of cases spread throughout Brazil. The World Health Organization (WHO) defines child sexual abuse as the participation of a child in a sexual activity to which they cannot consent. The study aims to analyze the medical care provided by nursing to sexually victimized children. It is an integrative review elaborated in six stages. As a result, 159 publications were found, with 09 being the total number of articles selected through the BVS, BDENF, LILACS and MEDLINE databases. Based on this study, it is clear that, currently, domestic violence among children is the leading cause of death for children / young people between 5 and 19 years old. As a consequence, emotional, social and physical damage can be found, having an acute or late nature. In care, the nursing team stands out in patient care, as they have a more consistent affective bond, transmitting security and affection to the patient and their family. This study concludes that it is essential that the nursing staff have knowledge about their roles in caring for this child, understanding the various forms of sexual violence that can occur within the home, by close people, relatives and even parents, leaving a child in a complete state of vulnerability.

**Key-words:** Sexual abuse, kid. nursing.

## 1. INTRODUÇÃO

A violência sexual infantil vem sendo uma preocupação muito grande nos tempos atuais devido ao aumento de números de casos espalhados por todo Brasil. Segundo a última Cartilha “Maio Laranja” do Governo Federal, os dados referentes ao Disque 100 mostram que o número total de denúncias

envolvendo “abuso sexual físico, estupro e exploração sexual”, em 2020, resultaram em um valor total de 14.621 denúncias (BRASIL, 2021).

De acordo com Silva, Ferriani e Silva (2011), em uma cartilha de 2003 da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mesma define o abuso sexual infantil como a participação de uma criança em uma atividade sexual que ela não compreende, não podendo consentir e sendo incapaz de concordar com uma atividade sexual, devido ao seu desenvolvimento neurológico e fisiológico, o que viola as leis e regras sociais.

Segundo Woiski e Rocha (2010), tais episódios ocorrem principalmente no âmbito familiar e é praticado por sujeitos com idade, condição social, econômica e condições intelectuais superiores à vítima. Os autores ainda explicam que os abusadores se apropriam do uso da autoridade com os pequenos e provocam danos físicos e psicológicos, além de violarem a vontade ou consentimento da criança por meio de uma sedução enganosa.

É perceptível que a violência sexual na infância é utilizada para satisfazer os desejos sexuais do agressor e para isso ele utiliza de práticas como carícias, exploração sexual, manipulação de órgãos genitais e até mesmo do próprio ato sexual, como descreve Oliveira (2013), citado por Fernandes et al. (2017). Esses abusos se consolidam por meio de uma relação distinta em que o agressor exerce uma influência poderosa sobre a vítima, conseguindo silenciá-las por meio de ameaças e violências, destaca Fernandes et al. (2017).

Em consequência, as experiências traumáticas afetarão de forma decisiva o equilíbrio das conexões neuronais e neurotransmissores no cérebro das crianças, levando a mudanças que podem aumentar significativamente a vulnerabilidade de distúrbios psicológicos em fases posteriores da vida (BRAUN E BOCK, 2004, apud ALGERI, 2005).

Dentre os problemas de saúde mental causados pela violência, destaca-se também o transtorno de estresse pós-traumático, que geralmente é causado pela violência e que incluem dor e medo intensos, impotência e o medo de reviver o incidente violento por meio de memórias e sonhos dolorosos, além de sempre querer fugir de situações relacionadas ao evento (BRASIL, 2010).

Diante da gravidade dos fatos e frequência de acometimentos, a violência sexual infantil é considerada um grande problema de saúde pública e a gravidade de seus acontecimentos trazem, como mencionado por Lustosa et al. (2014), inúmeros riscos às vítimas, levando a mudanças nas condições psicológicas, físicas e até mesmo sociais dessas crianças. Os mesmos autores destacam ainda que por se tratar de uma questão delicada, envolvendo múltiplos núcleos, como família, justiça, agressores e principalmente vítimas, torna-se ainda mais complicado para os profissionais de saúde identificarem esses casos, necessitando assim de uma atenção mais criteriosa.

É de suma importância enfatizar que os profissionais de saúde desempenham um papel importante no cuidado à criança, identificando situações de violência ou indicando situações nas quais ela pode ocorrer. Por isso, ao realizar a avaliação do risco, o profissional pode agir para interromper ou evitar possíveis dinâmicas abusivas, determina o MS (BRASIL, 2010).

As autoras Woiski e Rocha (2010) destacam que, para coletar a história e cuidar das crianças vítimas de violência sexual, além de cuidar de sua dor física, elas também precisam de cuidado em sua dor emocional, estando relacionado ao contexto da violência, aos símbolos e significados que esse acontecimento tem para ela. Em continuidade, as autoras explicam que, com uma atenção mais criteriosa, o enfermeiro e toda a equipe de enfermagem conseguem cuidar de forma integral, apoiando a criança, transmitindo amor e também toda segurança que ela precisa para enfrentar essa situação.

Mediante esse assunto, originou-se o questionamento: quais as atribuições da enfermagem e como é realizada a assistência à criança vítima de violência sexual? Por conseguinte, o presente estudo teve como objetivo, por meio de uma revisão integrativa da literatura, analisar a assistência fornecida pela enfermagem às crianças vitimadas sexualmente.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL E SEUS CONCEITOS**

A infância consiste no período do nascimento de um bebê até o início da adolescência. Essa fase é extremamente sensível ao desenvolvimento

humano, pois é onde se forma toda a estrutura afetiva e emocional, além de desenvolverem áreas cerebrais essenciais relacionadas à personalidade, caráter e capacidade de aprendizagem (ALTAFIM et al., 2018).

Apesar disso, desde a antiguidade a infância de diversas crianças pelo mundo é marcada por episódios de violência sexual, podendo ocorrer em diversas classes sociais e econômicas, sendo um fenômeno complexo, com múltiplas causas e consequências para as vítimas (FERREIRA et al., 2014).

De acordo com Sá et al. (2016), o abuso é qualquer forma de prática sexualmente sugestiva em que um adulto coloca um menor de idade em uma situação de estimulação sexual, comportamento ou satisfação por meio de força física, ameaças ou tentações, sendo os agressores, geralmente, membros da família ou conhecidos. Os mesmos autores ainda dizem que o abuso pode ocorrer de diversas maneiras, como manipulação genital, pornografia, estupro, exibicionismo, assédio, prostituição e incesto, que significa prática sexual entre parentes.

Garcia, Macieira e Oliveira (2017) acrescentam ainda que o abuso sexual é um fenômeno universal com características sociais, históricas e culturais, que devido à sua alta incidência e aos danos que causa é considerado um problema complexo de saúde pública e se tornou um grande desafio para os profissionais.

Segundo Pires (2017), o abuso envolve contenção, controle, sedução e geralmente é realizado sem o uso de força física, e, na maioria das vezes, não deixa marcas evidentes, o que dificulta e muito a identificação da violência.

A OMS classifica a violência infantil em quatro tipos: abuso e negligência física, sexual, emocional ou psicológica. Esses tipos de abusos e negligências podem causar danos físicos e psicológicos, gerando também mudanças no crescimento e desenvolvimento dos pequenos (OMS, 2006; apud JARDIM et al., 2019).

Devido ao aumento da gravidade dessa problemática ao longo dos anos, o Brasil necessitou da criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e do auxílio do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

para estabelecer e executar políticas sociais e públicas com o auxílio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garantindo todos os direitos ao público alvo atingido (PIRES, 2017).

O ECA inovou ao fornecer proteção integral na qual crianças e adolescentes são considerados sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento e de prioridade absoluta. Também reafirmou que a família, a sociedade e o Estado têm a responsabilidade de proteger e de garantir condições para o total desenvolvimento dessa população, além de colocá-la a salvo de todas as formas de discriminação, exploração e violência (BRASIL, 2019).

De acordo com Pires (2017), a grande maioria dos casos de abusos ocorreu em casa e foi perpetrado por pessoas próximas às crianças que estabeleceram com elas um vínculo de confiança e admiração, promovendo e facilitando a realização do ato sexual. Em continuidade, o mesmo autor explica que o agressor estabelece uma relação com a vítima e faz com que a criança se sinta importante em manter um segredo entre eles, sendo essa uma barreira que pode interferir nas percepções de outros membros da família e evitar que o comportamento diário seja alterado e percebido pelo abuso.

Conforme Woiski e Rocha (2010), as pessoas compreendem que existem vários casos de violência sexual infantil que não são relatados ou denunciados. Dessa forma, muitas crianças acabam tolerando esse incidente nocivo em silêncio e crescem em um ambiente que as reprime e não as ajudam a se desenvolver de uma maneira geral.

Em consequência, no que se refere à violência, as crianças são mais susceptíveis às repercussões desencadeadas por meio do abuso, acarretando em prejuízos para o desenvolvimento emocional, intelectual e neurológico, além das lesões físicas que são igualmente prejudiciais à criança, causando transtornos não só em sua infância, mas também em sua vida adulta (SANTANA; SANTANA, 2015).

## **2.2 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA NA VIDA DA CRIANÇA**

Discutindo os impactos da violência na vida da criança, os autores Machado e Sanches (2014), citado por Silva e Melo (2018), abordam os principais distúrbios relacionados à violência na vida das crianças, chamando-os de danos imediatos: pesadelos repetitivos, raiva, ansiedade, culpa, doenças psicossomáticas, vergonha, medo, depressão aguda e isolamento social. Além disso, é grande as chances de danos tardios, principalmente a ocorrência de transtornos psiquiátricos que envolvem dissociação afetiva, ideia de comportamentos suicidas e fobias mais graves, destacam Silva e Melo (2018).

Do mesmo modo, Pimenta (2009) relata que, afetados pela vivência do abuso, as crianças tendem a sofrer de diferentes formas. Algumas delas não apresentam efeitos mínimos ou aparentes, enquanto a maioria delas manifesta sérios problemas emocionais e psíquicos.

Segundo Mendes (2021), não há dúvidas de que o abuso sexual deixa sequelas negativas nas vítimas e que essa influência reflete em suas vidas atuando diretamente no desenvolvimento das relações interpessoais, emocionais e sexuais, podendo levar às consequências físicas. Semelhantemente, Oliveira e Russo (2017) enfatizam que a violência que as crianças sofrem nos primeiros anos de vida as privam de estímulos sociais e destroem sua dignidade.

O MS acrescenta que quanto mais intensa, prolongada ou precoce a situação de violência, maior e mais permanentes são os danos para a criança. O MS ainda determina que o impacto da violência depende de vários fatores, como: a idade; o tipo de violência; a frequência; a duração; a gravidade da agressão; e o vínculo afetivo entre o autor da violência e a vítima (BRASIL, 2014).

Vários sintomas físicos são comumente manifestados por uma criança após o abuso sexual, como: mal-estar geral; alterações físicas; perda de urina involuntária durante a noite; incontinência fecal; dor abdominal aguda; falta de ar; desmaios; problemas relacionados à alimentação, como náuseas, vômitos, anorexia ou bulimia, descrevem Cogo et al. (2011).

Já como consequência tardia dos abusos, Mioranza, Rocha e Bolson (2018) descrevem as relações interpessoais prejudicadas, tendo em vista que a maioria das vítimas demonstra recusa em manter relações afetivas a longo prazo, pois o medo da intimidade se torna comum, visto que a desconfiança está sempre presente. Esse medo é caracterizado pela possibilidade de reviver as experiências traumáticas, explicam os autores.

Já na parte emocional, Mioranza, Rocha e Bolson (2018) descrevem sintomas como: baixa autoestima; culpa e vergonha; medo generalizado; agressividade; isolamento; depressão; ansiedade e rejeição ao próprio corpo. Silva e Melo (2018) acrescentam que os danos advindos da exposição à violência podem se converter em potenciais danificadores da estrutura e do desenvolvimento integral da criança e do adolescente, oferecendo um potencial risco à saúde mental futura.

Em sequência, Scanavino (2009) evidencia que para o futuro a criança apresenta grandes chances de obter transtornos do estresse pós-traumático, como depressão, ideia suicida e baixa autoestima, além de ser um fator de risco para DST/Aids na vida adulta.

O comportamento sexual impróprio pode ser considerado outro sintoma muito típico de abuso sexual infantil, que é caracterizado pela inserção de objetos ou dedos no ânus ou vagina, brincadeiras sexuais com bonecos, comportamento sedutor e masturbação excessiva como um conhecimento sexual que não é adequado para a idade, destaca Florentino (2015).

Em acréscimo, Gosling e Abdo (2011) enfatizam que, além dos aspectos psicológicos decorrentes do abuso, é possível notar a associação entre história de abuso sexual e a pedofilia, que parecem estar correlacionadas com questões biológicas sofridas quando houve o abuso contra o atual abusador. Segundo os autores, as alterações neuroanatômicas e funcionais causadas pela experiência do abuso podem estar relacionadas à continuação da prática do abuso sexual, e, com isso, o comportamento do agressor é a repetição do que ele experimentou na infância.

Portanto, as muitas consequências da violência sexual na criança indicam a necessidade de atendimento a essas vítimas, sendo necessário que esse atendimento seja conduzido de forma coordenada entre os serviços de rede de proteção e com profissionais de saúde capacitados (HOHENDORFF; PATIAS, 2017).

### **2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS VITIMADAS SEXUALMENTE**

O cuidado à criança demanda uma visão abrangente em todos os aspectos, considerando desde a adoção de uma escuta qualificada, um olhar zeloso, até o mais simples gesto de acolhimento que estabeleça vínculo e sentido de responsabilidade. Toda observação feita pelos profissionais da equipe de saúde deve ser pautada em suas habilidades, aumentando o conhecimento e a possibilidade de ações integrais à criança, é o que define o MS na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação (BRASIL, 2018).

De acordo com a SBP, o atendimento de casos de violência e abuso sexual requer um encaminhamento para uma equipe multidisciplinar bem treinada, responsável pelo acompanhamento de DST/Aids, saúde psicosssexual, saúde reprodutiva e estresse pós-traumático, visando atender a criança de maneira mais completa (SBP, 2018).

Uma vez que os profissionais de enfermagem formam a maior equipe no setor de saúde, são responsáveis pelo atendimento de triagem e, quase sempre, tendo mais contato com os pacientes e seus familiares, por isso desempenham um papel importante, pois por meio desse vínculo estabelecido podem identificar os sinais de violência sexual e prevenir ou reduzir possíveis danos à vítima, definem Aleluia et al. (2020).

Como forma de auxiliar os profissionais de saúde a cuidar e fornecer atenção de forma integral à criança vítima de violência sexual, foi elaborado pelo MS, uma “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências” como medida de estratégia para a concretização dos direitos das crianças e dos adolescentes,

contendo diretrizes e diversas ações voltadas às políticas universais da saúde e com base nos princípios do SUS (BRASIL, 2011).

Nesse documento, o MS define que possuem quatro dimensões que englobam a linha de cuidado a ser aplicado com uma criança vitimada, sendo elas: o acolhimento; o atendimento; a notificação; e o seguimento na rede de atenção e de proteção social, nessa ordem (BRASIL, 2011).

O acolhimento é o primeiro passo e consiste no aspecto mais importante, devendo ser entendido como uma atitude fundamental no processo de cuidado. A premissa de acolher uma pessoa é uma atitude de empatia e respeito pelo sofrimento humano, não precisando de profissionais específicos, mas precisando que o profissional tenha habilidades de manter um diálogo acolhedor, permitindo a expressão emocional, sem julgamento ou discriminações, define São Paulo (2016).

De acordo com o MS, para realizar essa primeira etapa, o profissional deve ouvir calmamente o relato da situação, procurar quais são os aspectos principais para tomar as providências iniciais; entender a demanda da família no momento; verificar se a criança está em situação de risco; consultar outros profissionais, se necessário, para traçar a melhor conduta inicial juntamente com a família, sempre mantendo a ética, a privacidade e confidencialidade total sobre o caso (BRASIL, 2011).

Em seguida, como segundo passo, é realizado o atendimento por uma equipe multidisciplinar que seja vinculada aos serviços locais de cuidado e proteção social. O atendimento consiste numa consulta clínica (anamnese e exame físico), diagnóstico e tratamentos. Lembrando que o acolhimento deve estar presente em todos os procedimentos que envolvem o atendimento, destaca o MS (BRASIL, 2011).

Quanto a essa etapa, a SBP explica que durante o atendimento da anamnese é importante descrever em detalhes as circunstâncias em que a lesão ocorreu e o ambiente em que a criança se encontrava antes, durante e depois do incidente (SBP, 2018).

O órgão explica ainda que durante a realização do exame físico algumas atitudes do paciente podem sugerir violência e deve atrair a atenção do examinador, como: apatia; tristeza; indefesa; medo extremo; e postura defensiva da criança. Diante disso, a SBP enfatiza a importância de observar a coerência entre os dados do histórico médico e os achados no exame físico, pois os mesmos podem ter incompatibilidade e significar omissão de parte do ocorrido (SBP, 2018).

Já a terceira etapa, a da notificação, é entendida como o ato de denunciar ou levar ao conhecimento da autoridade competente a possibilidade de um eventual abuso. A notificação é um indicador epidemiológico de violência que ajuda a ampliar e redirecionar as ações locais, bem como a formular políticas públicas (ALELUIA et al., 2020).

Para efetivar a notificação, recomenda-se que, após a avaliação singular de cada caso, o profissional informe à família que será efetuada a notificação aos órgãos competentes, como uma forma de proteção àquela criança que está em situação de risco (BRASIL, 2011).

A SBP (2018) relata que, em todos os casos, mesmo que haja somente suspeitos, deve ocorrer a notificação ao Conselho Tutelar da região. E caso haja omissão, a notificação deverá ser feita à Vara da Infância e Juventude ou ao Ministério Público mais próximo.

A quarta e última dimensão da “Linha de Cuidado” consiste em dar seguimento na rede de cuidado e de atenção social, o que significa que uma equipe multiprofissional deve acompanhar a criança e seus familiares em situação de violência. E para iniciar essa nova etapa, é necessário deixar claro os suspeitos e acompanhar os casos confirmados, determinando as demandas de cada caso e os aspectos individualizados que devem ser trabalhados em cada família (BRASIL, 2011).

O MS afirma, ainda, que não é fácil para o profissional de saúde lidar com a violência que ocorre nas relações familiares, seja no cuidado e na assistência às crianças com direitos violados, ou em ações de prevenção à violência, sendo esse um desafio que requer sensibilidade, conhecimento do problema e

muito trabalho em equipe. O órgão conclui que para que os profissionais tenham ainda mais confiança ao realizar essa abordagem, é necessário investir em uma educação continuada de qualidade (BRASIL, 2011).

### **3. DISCUSSÃO**

A violência infanto-juvenil afeta toda a sociedade desde a antiguidade. Por isso, trata-se de um problema de saúde pública de grande relevância, não somente pelas causas em si, mas sobretudo pelas consequências que dela resulta, como explicam Galindo et al. (2017) e Afonso (2013).

Em complemento, Saraiva et al. (2012) pontuam que, atualmente, a violência doméstica infantil é a maior causa de morte de crianças/jovens entre 5 e 19 anos, sendo boa parte das agressões ocorridas dentro do próprio núcleo familiar. Em consequência, tais violências geram grandes repercussões na vida da criança e que podem acarretar em inúmeras consequências para o desenvolvimento do ser humano, destacam Cruz et al. (2021).

Quanto às consequências do abuso para o desenvolvimento da criança, Silva et al. (2021) salientam que tais repercussões impactam não somente a vida da criança, mas também de toda sua família, e que mesmo não manifestando sintomatologia clínica, poderão sofrer com graves consequências psicológicas.

Da mesma forma, em um estudo realizado por Cruz et al. (2021) sobre as repercussões da violência sexual na vida das crianças, foi possível constatar que tais vítimas apresentam diversos problemas relacionados à esfera psicológica, citando, como exemplo, a depressão, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), baixa autoestima, comportamentos suicidas, dificuldades para dormir, alucinações auditivas, transtornos psicóticos e automutilação. Fornari et al. (2018) acrescentam que os impactos acometidos pelo abuso sexual geram também danos emocionais, sociais e físicos, possuindo caráter agudo ou tardio.

Já os resultados obtidos por Saraiva et al. (2012) apontaram que os maus-tratos psicológicos não são facilmente detectados, pois alguns não apresentam quadro clínico específico, sendo eles: distúrbios do controle de esfíncteres e do

crescimento; e alterações de comportamento, como hiperatividade, passividade e agressividade.

Sabe-se que uma criança vitimada sexualmente deve ser atendida por uma equipe multiprofissional, porém, por possuir uma maior proximidade com os pacientes, a enfermagem torna-se fundamentalmente importante no trabalho de reconhecer precocemente os sinais e sintomas da violência sexual infantil, a fim de minimizar as repercussões e diminuir o período de sofrimento dessas crianças, destacam Cruz et al. (2021), Silva et al. (2020) e Galindo et al. (2017).

Em continuidade, Galindo et al. (2017) ressaltam que o enfermeiro, além de integrante de uma equipe multidisciplinar, é o responsável por realizar a consulta de enfermagem, sendo o primeiro passo o acolhimento, seguindo da anamnese, exame físico, planejamento, tratamento e cuidados e o acompanhamento.

Sabendo da responsabilidade do enfermeiro, e em concordância com a Lei 12.845/2013 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, é de suma importância que o enfermeiro seja totalmente capacitado para realizar todos os devidos cuidados (BRASIL, 2013; GALINDO et al., 2017).

Embora a necessidade de qualificação esteja diretamente ligada aos casos de reincidência e aos novos casos, em diversos estudos os profissionais de enfermagem relatam não se sentirem capacitados para lidarem com situações de violência pela falta de capacitação e treinamentos periódicos (SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011; SARAIVA et al., 2012; AFONSO, 2013; GALINDO et al., 2017; FORNARI et al., 2018; SILVA et al., 2020; MARQUES et al., 2021; SILVA et al., 2021).

Sendo assim, os mesmos autores citados acima relatam que em seus resultados apontam para uma grande necessidade de educação continuada direcionada aos profissionais responsáveis por cuidar dessas crianças violentadas e também de suas famílias, impulsionando uma atenção integral, um olhar mais criterioso e um tratamento muito mais adequado ao público infantil em situação de abuso.

Além dos danos causados para a criança vitimada e para sua família, os casos de violência sexual infantil afetam emocionalmente todos os profissionais de saúde envolvidos durante todo o processo do cuidado. Em vista disso, os profissionais precisam manter a integridade psicológica para enfrentar as mais difíceis e árduas situações, além de despir-se de julgamentos e preceitos para focar somente em fornecer a melhor assistência para aquela criança, para que consigam interromper o ciclo de abusos, evidenciam Silva et al. (2020).

#### **4. CONCLUSÃO**

Fundamentado nos expostos acima e considerando o aumento do número de casos de crianças vítimas de abuso sexual e suas graves consequências, faz-se necessário a discussão de um tema tão relevante para a sociedade e para a equipe de enfermagem, que estão sujeitos a lidar com esses tipos de atendimento rotineiramente.

Fica evidenciado que, mesmo diante de um atendimento multidisciplinar num caso de violência sexual infantil, a equipe de enfermagem se destaca no cuidado ao paciente, pois geralmente possuem um laço afetivo mais consistente, transmitindo segurança e carinho ao paciente e à sua família, facilitando o diálogo. Porém, no decorrer de toda a pesquisa, é evidenciado a falta de preparo e de capacitação desses profissionais para lidar com a situação de uma criança abusada sexualmente, impossibilitando-lhes de prestarem uma assistência adequada.

Dito isso, torna-se imprescindível que a equipe de enfermagem tenha conhecimento sobre suas atribuições no cuidado a essa criança, além de compreender as diversas formas de violência sexual que podem ocorrer até mesmo dentro do lar, por pessoas próximas, parentes e até mesmo pelos pais, deixando a criança em completo estado de vulnerabilidade, interrompendo seu desenvolvimento fisiológico, restando as consequências e os traumas gerados por uma vida inteira.

Diante do exposto, é possível concluir que com a capacitação e a educação continuada sendo fornecidas pelos órgãos competentes de forma rotineira, o atendimento prestado de maneira correta, qualificada e com segurança, possa

ser ofertado, buscando sempre melhorar a qualidade de vida dessa criança, minimizando os efeitos do trauma sofrido e permitindo a ela crescer e se desenvolver como uma criança outra vez.

Por meio das pesquisas realizadas, foi possível analisar parcialmente a assistência fornecida pela enfermagem às crianças vítimas de violência sexual. Por conseguinte, sugere-se a realização de novas pesquisas para complementação de conhecimento científico acerca de um assunto tão importante para toda a sociedade.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, V.L.F. et al. Conhecimentos dos enfermeiros sobre a suspeita e detecção de maus tratos na criança. 2013. Tese de Doutorado. **Instituto Politécnico de Viseu**. Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1253343>> Acesso em: 25 outubro de 2021.

ALELUIA, E. et al. Repercussões do abuso e exploração sexual na criança e adolescente e a importância da qualificação da enfermagem frente aos casos: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 52, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3617>>. Acesso em: 27 setembro 2021.

ALGERI S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2005 dez;26(3):308-15. Disponível em:

<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23551/000560652.pdf?sequence=1>

HYPERLINK

"<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23551/000560652.pdf?sequence=1>

&isAllowed=y"& HYPERLINK

"<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23551/000560652.pdf?sequence=1>

&isAllowed=y">. Acesso em: 27 setembro 2021.

ALTAFIM, E.R.P. et al. Medindo o desenvolvimento da primeira infância no Brasil: validação do Caregiver Reported Early Development Instruments (CREDI). **Jornal de pediatria**, v. 96, p. 66-75, 2018. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/jped/a/Rqmnp8kGkkt8JSDhvpXqC6j/?lang=pt> HYPERLINK

"<https://www.scielo.br/j/jped/a/Rqmnp8kGkkt8JSDhvpXqC6j/?lang=pt&format=pdf>"&

HYPERLINK

"<https://www.scielo.br/j/jped/a/Rqmnp8kGkkt8JSDhvpXqC6j/?lang=pt&format=pdf>"form

at=pdf"> Acesso em: 02 novembro de 2021.

BRASIL. Governo Federal, Abuso sexual contra crianças e adolescentes – abordagem de casos concretos em uma perspectiva multidisciplinar e interinstitucional, **Cartilha Maio Laranja**, Brasília, 2021. Disponível em:

<[https://www.gov.br/mdh/ptbr/assuntos/noticias/2021/maio/CartilhaMaioLaranja2021.p](https://www.gov.br/mdh/ptbr/assuntos/noticias/2021/maio/CartilhaMaioLaranja2021.pdf)

df"> Acesso em: 21 agosto 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm)> Acesso em: 25 outubro 2021.

\_\_\_\_\_. 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, 2019. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm#art266](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266)>. Acesso em: 03 outubro 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf)>. Acesso em: 27 setembro 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>> Acesso em: 15 outubro 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências / Ministério da Saúde, **Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodologias\\_cuidado\\_crianca\\_situacao\\_violencia.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodologias_cuidado_crianca_situacao_violencia.pdf)> Acesso em: 10 outubro 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 106 p. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_integral\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_integral_saude.pdf)> Acesso em: 29 outubro de 2021.

COGO, K. S. et al. Consequências psicológicas do abuso sexual infantil. **Unoesc & Ciência-ACHS**, v. 2, n. 2, p. 130-139, 2011. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/235124693.pdf>> Acesso em 08 de outubro de 2021.

CRUZ, M.A. et al. Repercussões do abuso sexual vivenciado na infância e adolescência: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1369-1380, 2021 Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n4/1369-1380/>> Acesso em: 25 outubro de 2021.

FERNANDES, F. et al. O Olhar do Enfermeiro no Reconhecimento de Violência Sexual em Crianças e Adolescentes durante o Atendimento Hospitalar. **International Nursing Congress**, Sergipe, p. 1-4, 12 maio 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5944>. Acesso em: 20 setembro 2021.

FERREIRA, A.C. et al. O enfermeiro frente à problemática da criança e do adolescente vítima de violência sexual. **Revista Uniandrade**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 71-93, 25 nov. 2014. Disponível em: <https://revista.uniandrade.br/index.php/revistauniandrade/article/view/45>. Acesso em: 28 setembro 2021.

FLORENTINO, B.R.B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, p. 139-144, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/fractal/a/dPY6Ztc8bphq9hzhSKv46x/?lang=pt>

## HYPERLINK

["https://www.scielo.br/j/fractal/a/dPY6Ztc8bphq9hzdhSKv46x/?lang=pt&format=html"&](https://www.scielo.br/j/fractal/a/dPY6Ztc8bphq9hzdhSKv46x/?lang=pt&format=html)

## HYPERLINK

["https://www.scielo.br/j/fractal/a/dPY6Ztc8bphq9hzdhSKv46x/?lang=pt&format=html"](https://www.scielo.br/j/fractal/a/dPY6Ztc8bphq9hzdhSKv46x/?lang=pt&format=html)for  
mat=html"> Acesso em 26 de setembro 2021.

FORNARI, L.F. et al. Las perspectivas de género y de generación en las narrativas de mujeres abusadas sexualmente en la infancia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30517573>> Acesso em: 25 outubro de 2021.

GALINDO, N.A.L. et al. Violência infanto-juvenil sob a ótica da enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1420-1429, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31023>> Acesso em: 25 outubro de 2021

GARCIA, P.A; MACIEIRA, A.P; OLIVEIRA, D.E.S.D. O trabalho da equipe multiprofissional com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas na unidade hospitalar. **Revista do Laboratório de estudos da Violência da UNESP/Marília**. N. 20, 2017. Disponível em: <<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/levs/article/view/7515>> Acesso em: 01 outubro 2021.

GOSLING, F.J; ABDO, C.H.N. Abuso sexual na infância e desenvolvimento da pedofilia: revisão narrativa da literatura. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 16, n. 3, p. 128-31, 2011. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n3/a2414.pdf>> Acesso em: 29 outubro de 2021

HOHENDORFF, J; PATIAS, N.D. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. **Barbarói**, n. 49, p. 239-257, 2017. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9474>> Acesso em: 29 outubro de 2021.

JARDIM, F.A. et al. Assistência de enfermagem à criança vítima de violência sexual: relato de experiência. **Saúde Coletiva**. 2019; (09) N.48, p. 1310. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/88>. Acesso em: 01 outubro 2021.

LUSTOSA, A. et al. Child sexual abuse: evidences for nursing care. **Revista Científica Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues**, Ceará, ano 2014, p. 50-63. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/141>. Acesso em: 25 agosto 2021.

MARQUES, D.O. et al. Violência contra crianças e adolescentes: atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-14], 2021. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146752>> Acesso em: 25 outubro de 2021.

MENDES, A.V. M. **O desamparo legal quanto às vulneráveis vítimas de abuso sexual: reflexos da omissão do estado na educação sexual dos adolescentes**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2021. Disponível em: < <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2119/2/TCC%20-%20ANDRESSA%20VYTORIA.pdf>> Acesso em: 08 de outubro de 2021.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt> HYPERLINK  
"https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt&format=html"&  
HYPERLINK

["https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt&format=html"](https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt&format=html)form  
at=html"> Acesso em: 20 setembro de 2021.

MIORANZA, A; BOLSON, S.B.; ROCHA, R. Abuso sexual infantil-juvenil: interfaces com a saúde. **Revista Humano ser**, v. 3, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/994>> Acesso em: 08 de outubro de 2021.

OLIVEIRA, D.C.C; RUSSO, J.A. Abuso sexual infantil em laudos psicológicos: as “duas psicologias”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 579-604, 2017. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/physis/a/7GW5TkMXC6htXFRJqbRHxVk/abstract/?lang=pt>>

Acesso em: 05 Outubro 2021.

PIMENTA, M.C Infância Perdida, **Revista do Ministério Público de Goiás**, Goiânia, ano XII, n. 17, 7-19, 2009. Disponível em: <[http://www.mp.go.gov.br/porta/web/hp/10/docs/revista\\_do\\_mp\\_n\\_17.pdf](http://www.mp.go.gov.br/porta/web/hp/10/docs/revista_do_mp_n_17.pdf)> Acesso em: 26 de setembro 2021.

PIRES, A.C. Papel Do Enfermeiro Frente Ao Abuso Sexual De Crianças E Adolescentes. **Centro Universitário De Brasília-Uniceub**, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11756?mode=full>. Acesso em: 02 outubro 2021.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem**, Artmed, Porto Alegre, 247-368. 2019. Disponível em: <[https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582714904/epubcfi/6/2\[%3Bvnd.vst.idref%3Dcover.xhtml\]!/4/2\[page\\_i\]/2\[7b8b3508-0017-4bbf-f1c9-c1b1ae3c35d5\]%4051:2](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582714904/epubcfi/6/2[%3Bvnd.vst.idref%3Dcover.xhtml]!/4/2[page_i]/2[7b8b3508-0017-4bbf-f1c9-c1b1ae3c35d5]%4051:2)>. Acesso em: 10 setembro 2021.

SÁ, C.M.Q; et al. Atuação da equipe de enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes, Centro Universitário do Quixadá, **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 2, 2016. Disponível em: <https://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1142>. Acesso em: 02 outubro 2021.

SANTANA, R.P.; SANTANA, J.S.S. Marcas e prejuízos da violência contra crianças e adolescentes segundo profissionais de hospitais públicos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 431-439, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-1009712>> Acesso em: 02 novembro de 2021.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Caderno de apoio: atenção à saúde da pessoa em situação de violência**. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência; Escola Municipal de Saúde. - São Paulo: SMS, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/sms-11417>>. Acesso em: 10 outubro 2021.

SARAIVA, R.J. et al. Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. **Ciencia y enfermeria**, v. 18, n. 1, p. 17-27, 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/lil-643171>> Acesso em 25 outubro de 2021

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Protocolo de abordagem da criança ou adolescente vítima de violência doméstica**. 2018. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/protocolo-de-abordagem-da-crianca-ou-adolescente-vitima-de-violencia-domestica/>>. Acesso em: 10 outubro 2021.

SCANAVINO M.T. Violência sexual na infância/adolescência e risco para o HIV/Aids na vida adulta. **Diagn Tratamento**, 2009, v.14, n. 4, p.165-167. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/lil-550844>> Acesso em: 24 setembro 2021.

SILVA, J; MELO, S. Violência infantil: atuação do psicólogo no processo de auxílio à criança. **Psicologia e Saúde em Debate**, ano 2018, v. 4, n. 1, p. 61-84. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/268414618.pdf>. Acesso em: 26 setembro 2021.

SILVA, L.M.P.; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, M.A.I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**,

v. 64, p. 919-924, 2011. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-618418>> Acesso em 25 outubro de 2021.

SILVA, M.S. da et al. Assistência de enfermagem à criança/adolescente vítima de violência: revisão integrativa. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 114-122, 2020. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/zh/biblio-1047782?lang=pt>> Acesso em: 25 outubro de 2021.

SILVA, P.L.N. et al. Desafios da atuação do enfermeiro frente à violência sexual infanto-juvenil. **J. nurs. health**, p. 2111219482-2111219482, 2021. Disponível em: < <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19482/12977>> Acesso em: 25 outubro de 2021.

WOISK, R.; ROCHA, D. Nursing care for sexually abused children in hospital emergency units. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, p. 113-150, 20 fev. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/mNqcgm34rBL9QzmRqTJznMq/?lang=pt>. Acesso em: 15 setembro 2021.