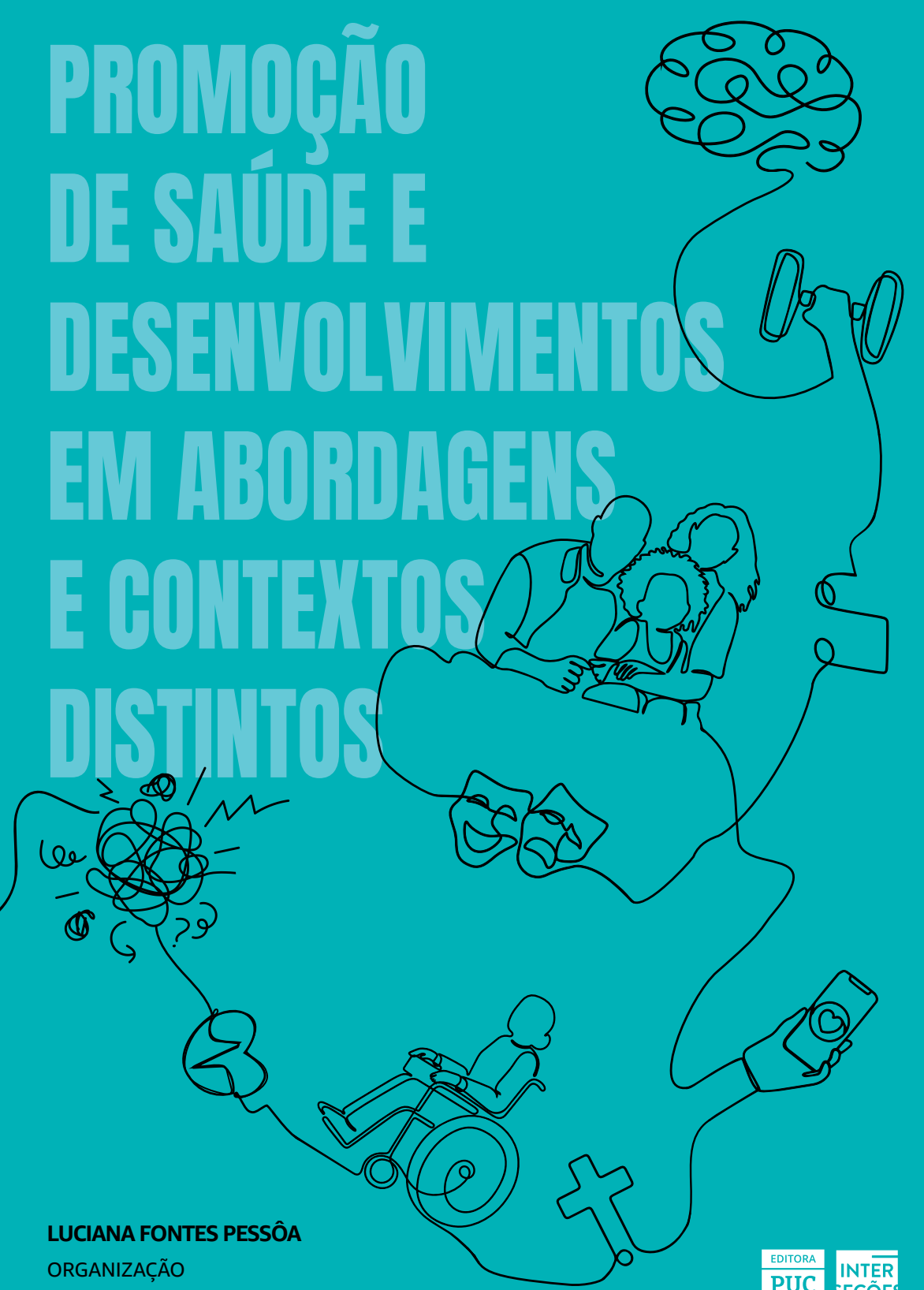
PROMOÇÃO DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTOS EM ABORDAGENS E CONTEXTOS DISTINTOS



LUCIANA FONTES PESSÔA
ORGANIZAÇÃO

EDITORA PUC RIO
INTERSEÇÕES

Promoção de saúde e desenvolvimentos em abordagens e contextos distintos

LUCIANA FONTES PESSÔA
ORGANIZAÇÃO

EDITORA PUC RIO
INTERSEÇÕES

©Selo Interseções, Editora PUC-Rio
Em parceria com o Departamento de Psicologia/PUC-Rio

©Editora PUC-Rio
Rua Marquês de S. Vicente, 225 – Casa da Editora PUC-Rio
Gávea – Rio de Janeiro – RJ – CEP 22451-900
T 55 21 3527-1760/1838
edpucrio@puc-rio.br
www.editora.puc-rio.br

Revisão de texto:
Beatriz Vilardo

Capa:
Flávia da Matta Design

Diagramação:
SBNigri Artes e Textos

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada por qualquer forma e/ou em quaisquer meios sem permissão escrita da Editora PUC-Rio.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Promoção de saúde e desenvolvimentos em abordagens e contextos distintos [recurso eletrônico] / organização Luciana Fontes Pessôa. – Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2023.
1 recurso eletrônico (404 p.). – (Coleção Interseções)

Em parceria com o Departamento de Psicologia da PUC-Rio
Descrição baseada na consulta ao recurso eletrônico em 23 de out. de 2023
Inclui bibliografia
Exigências do sistema: conexão com a Internet, World Wide Web browser e Adobe Acrobat Reader

ISBN (e-book): 978-85-8006-309-7

1. Psicologia do desenvolvimento. 2. Saúde mental. I. Pessôa, Luciana Fontes. II. Série.

CDD: 155.7

Elaborado por Sabrina Dias do Couto – CRB-7/6138
Divisão de Bibliotecas e Documentação – PUC-Rio

SUMÁRIO

7 Apresentação
Luciana Fontes Pessôa

11 Capítulo 1 | A importância do núcleo familiar para a promoção de saúde mental do adulto emergente
Hellen Nicole Constantino Aranda
Luciana Fontes Pessôa

47 Capítulo 2 | As redes sociais como campo de contato: um olhar gestáltico sobre a cibercultura e as relações virtuais
Mariana Nogueira Consentino Buchemi

67 Capítulo 3 | Pais e filhos nas compras
Alexandre Rodrigues Sena

83 Capítulo 4 | Famílias negras e socialização étnico-racial
Claudina Damascena Ozório
Luciana Fontes Pessôa

105 Capítulo 5 | Promoção de saúde: reflexões sobre o transcendental do sagrado/fé e o bem-estar humano
Renata Benigno-Ribeiro
Luciana Fontes Pessôa

129 Capítulo 6 | A arte como aparato cultural e dispositivo para desenvolvimento socioemocional
Giovanna Maia Crivano

157 Capítulo 7 | A babá chegou: práticas e crenças de cuidados infantis a partir da perspectiva sociocultural
Isabela Cristina Martins Gonçalves Sena
Luciana Fontes Pessôa

173 Capítulo 8 | Promoção de saúde mental em mulheres na transição para a maternidade
Julia Bittencourt

195 Capítulo 9 | A parentalidade positiva e a promoção de saúde: o importante elo no desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes
Nathália Reina

229 Capítulo 10 | Luto simbólico perante o diagnóstico de seu filho
Luise Kindel Monteiro

249 Capítulo 11 | A localização da música entre a saúde, a cultura e o viver criativo
Ester Moreira Esquenazi

273 Capítulo 12 | Inclusão e cultura deficiente: por uma psicanálise implicada às pessoas com deficiência
Marta Müller Stumpf

307 Capítulo 13 | O ensino médio integrado a partir da perspectiva inclusiva com enfoque em estudantes com deficiência
Gabrielli Ornellas Schramm

335 Capítulo 14 | Uma proposta de humanização no serviço de *home care*
Dircelene Kur Evaldt

373 Capítulo 15 | Interlocução saúde e educação: a experiência de um hospital de reabilitação no contexto da inclusão escolar em MG
Vânia Loureiro Silva

Apresentação

Luciana Fontes Pessôa

Este livro reúne pesquisas sobre diversas facetas do desenvolvimento e uma de suas premissas fundamentais que é a promoção de saúde. Considero que a promoção de saúde é um dos pilares que sustentam a prática psicológica. A ideia do livro foi compilar os estudos produzidos pelos integrantes do meu grupo de pesquisa *Desenvolvimento: biologia & cultura*, criado em 2013, em pleno funcionamento até os dias de hoje, na PUC-Rio, e alguns trabalhos orientados por mim, no Curso de Especialização *Inclusão da pessoa com deficiência: aspectos psicossociais*, coordenado por mim e pela Flávia Parente, na mesma instituição de ensino. Este grupo, que consta no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, é voltado para o estudo do desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital, através de uma perspectiva sociocultural que enfatiza a inserção da pessoa em seu contexto e uma relação de mão-dupla entre ambiente/cultura e biologia para entender a sua constituição.

O livro destina-se a estudantes de graduação e pós-graduação e profissionais da Educação e da Saúde interessados em promover a saúde, bem-estar e qualidade de vida às pessoas. Aborda temas do desenvolvimento típico e atípico que vêm sendo estudados pelos integrantes do grupo e supervisionados por mim, na especialização.

No primeiro capítulo – *A importância do núcleo familiar para a promoção de saúde mental do adulto emergente* –, Hellen Nicole Constantino Aranda em parceria comigo, abordamos o papel da família na promoção de saúde mental do adulto emergente com a fundamentação teórica do modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner.

No segundo capítulo – *As redes sociais como campo de contato: um olhar gestáltico sobre a cibercultura e as relações virtuais* –, Mariana Nogueira Consentino Buchemi busca levantar uma discussão sobre as redes sociais como um campo favorável para o contato utilizando como base teórica os pressupostos da Gestalt-Terapia, que apresenta uma visão fenomenológica de sujeito e de mundo.

No terceiro capítulo – *Pais e filhos nas compras* –, Alexandre Rodrigues Sena propõe uma reflexão a respeito das crenças materialistas que permeiam o ambiente familiar e as possíveis relações com a saúde psicológica das pessoas.

No quarto capítulo – *Famílias negras e socialização étnico-racial* –, Claudina Damascena Ozório e eu descrevemos, brevemente, a história das famílias negras no Brasil, destacando o lugar social do negro e sua repercussão, de forma singular, na estruturação psíquica desse grupo e, consequentemente, nas relações íntimas estabelecidas no âmbito público e privado.

No quinto capítulo – *Promoção de saúde: reflexões sobre o transcendental do sagrado/fé e o bem-estar humano* –, Renata Benigno-Ribeiro e eu abordamos alguns caminhos percorridos pela nossa espécie na busca de saúde e/ou apaziguamento das enfermidades rumo ao bem-estar no campo individual, grupal e inter-relacional. Propomos um breve recorte histórico sobre como os contextos ocidentais lidavam com a dinâmica saúde-doença e quais as contribuições das pesquisas na contemporaneidade para o dilema entre a cientificidade e os aspectos transcendentais para a experiência humana ao longo do desenvolvimento de seu ciclo vital.

No sexto capítulo – capítulo *A arte como aparato cultural e dispositivo para desenvolvimento socioemocional* –, Giovanna Maia Crivano destaca a importância de compreendermos o modo como a arte é valorizada dentro do universo das criações de metas e práticas parentais voltadas para a socialização da emoção, possibilitando, dessa

forma, verificar como a arte pode auxiliar no processo de desenvolvimento socioemocional das crianças.

No sétimo capítulo – *A babá chegou: práticas e crenças de cuidados infantis a partir da perspectiva sociocultural* –, Isabela Cristina Martins Gonçalves Sena e eu tratamos o papel da babá como figura relevante no exercício da função de cuidados para o desenvolvimento de uma criança, assim como suas práticas e crenças de cuidados infantis à luz da perspectiva sociocultural.

No oitavo capítulo – *Promoção de saúde mental em mulheres na transição para a maternidade* –, Julia Bittencourt ressalta a importância da promoção de saúde mental em mulheres na transição para a maternidade, uma vez que considera um momento propício para o aparecimento de transtornos mentais, como depressão, ansiedade e estresse, que, além de interferir no seu bem-estar e na sua qualidade de vida, podem impactar no tipo de vínculo estabelecido com o filho.

No nono capítulo – *A parentalidade positiva e a promoção de saúde: o importante elo no desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes* –, Nathália Reina discorre sobre os estilos parentais (e a transgeracionalidade dos estilos parentais); a conceitualização do treinamento parental; a avaliação da interação familiar; programas de orientação/treinamento parental; a educação/treinamento parental e os impactos na promoção de saúde através da parentalidade.

No décimo capítulo – *Luto simbólico perante o diagnóstico de seu filho* –, Luise Kindel Monteiro aborda a influência que os pais exercem no processo de constituição psíquica da criança, a partir do referencial teórico psicanalítico.

No décimo primeiro capítulo – *A localização da música entre a saúde, a cultura e o viver criativo* –, Ester Moreira Esquenazi discute sobre esse espaço potencial destacado por Winnicott estendido à

vida adulta, direcionando o foco a uma expressão cultural específica: a música.

No décimo segundo capítulo – *Inclusão e cultura deficiente: por uma psicanálise implicada* à*s pessoas com deficiência* –, Marta Müller Stumpf argumenta sobre a necessidade de uma psicanálise implicada à pessoa com deficiência, a necessidade de rede de apoio a esse público através da psicanálise, em sua teoria e prática.

No décimo terceiro capítulo – *O ensino médio integrado a partir da perspectiva inclusiva com enfoque em estudantes com deficiência* –, Gabrielli Ornellas Schramm realiza uma análise documental, selecionando e analisando documentos institucionais, incluindo três Projetos Pedagógicos de Cursos na tentativa de verificar como a instituição de ensino está organizada para lidar com a inclusão de estudantes com deficiência nos cursos do ensino médio integrado.

No décimo quarto capítulo – Uma proposta de humanização no serviço de home care –, Dircelene Kur Evaldt propõe ações práticas para estruturar um projeto que considere o olhar e a percepção das famílias de crianças em regime de internação domiciliar atendidas por uma empresa privada que presta o serviço de home care na região sul do país.

No décimo quinto capítulo – *Interlocução saúde e educação: a experiência de um hospital de reabilitação, no contexto da inclusão escolar em MG* –, Vânia Loureiro Silva relata a experiência construída em um hospital de reabilitação em Belo Horizonte, no processo de inclusão escolar de alunos com deficiências, acompanhados na reabilitação infantil, ao longo de 21 anos (1998-2019), junto às suas famílias e equipes pedagógicas.

CAPÍTULO 1

A importância do núcleo familiar para a promoção de saúde mental do adulto emergente

Hellen Nicole Constantino Aranda
Luciana Fontes Pessôa

No mundo ocidental são frequentes as discussões baseadas no tema "saúde mental". Mas o que seria, de fato, essa maneira específica de se olhar para a saúde, e de que formas essa esfera da vida humana poderia ser negativamente impactada? Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (2017) descreveu as manifestações da ansiedade e depressão como fenômenos bastante frequentes em diversas nações ao redor de todo o mundo, se tornando condições ainda mais evidentes à medida que o foco é direcionado para dentro do contexto brasileiro.

Uma vez cientes de que os estudos mais atuais da Psicologia do Desenvolvimento não devem estar limitados à fase da infância e adolescência, é interessante que se passe a refletir sobre o modo como essas condições patológicas podem afetar a fase da chamada *adultez emergente*, já que a iminência dos olhares para esse período do desenvolvimento é algo consideravelmente recente, sendo o conceito proposto pelo psicólogo norte-americano Jeffrey Arnett (2014). Para o autor, o constructo surge nas últimas décadas como uma forma de descrever o momento transicional entre adolescência e vida adulta, que, atualmente, na sociedade ocidental urbana e industrializada, toma parâmetros contextuais muito diferentes daqueles que se fizeram reais em circunstâncias remotas.

O ser humano não pode ser encarado como um ser neutro, independente, estável e inerte. Diversos cenários e situações podem ser engendrados a partir das nossas experiências diárias, e isso pode ser observado tanto a curto quanto a longo prazo. Foi somente devido às diversas vivências transformadoras que a sociedade teve que enfrentar ao longo das décadas passadas que a fase da *adultez emergente* se mostrou como um período singular, digno de análises por parte dos estudiosos. Tais vivências só se fizeram possíveis devido a trocas constantes e recíprocas colocadas em prática pelo ser humano dentro dos meios sociais.

Todas as discussões sobre saúde mental também não passaram a ser algo tão relevante para a nação brasileira do dia para a noite. O conjunto de circunstâncias vivenciais provenientes dos sistemas sociais mais íntimos, juntamente àquelas oriundas de sistemas de ordem maior, foi de modo integrado moldando a sociedade, de forma a trazê-la dia após dia para perto daquilo que carregamos como realidade nos dias de hoje. Ou seja, fica bastante evidente que toda a estrutura do nosso mundo social, inclusive no que tange à esfera da saúde mental e discussões sobre a mesma, apresenta um caráter altamente contextual, sendo constantemente afetado por diversos elementos e sistemas que podem ser encarados sob múltiplas perspectivas. Devido a isso, o autor mais interessante para respaldar a presente discussão é o teórico russo Urie Bronfenbrenner.

Sob o paradigma da obra de Urie Bronfenbrenner (1997), é possível se debruçar sobre a saúde mental do adulto emergente a partir de uma abordagem abrangente e multissistêmica, uma vez que, para o autor, a pessoa é encarada somente como um dentre os diversos elementos que atuam de maneira integrativa para o desenrolar prático do processo de desenvolvimento humano. Conforme avança na produção de seus trabalhos, o autor chega à conclusão de que o fenômeno do desenvolvimento humano deve ser encarado

com base nos ideais oferecidos pela denominada "Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano", uma vez que o ser humano se mostra como um ser naturalmente portador de características inatas, de cunho biológico, que o deixam geneticamente mais ou menos propenso para a emergência de patologias psíquicas. No entanto, essas devidas características inatas literalmente se mostram apenas como características potenciais, que se manifestarão ou não, e poderão se desenvolver de diferentes formas a depender do cenário ecológico que rodeia a pessoa. Dessa maneira, de acordo com Ceci (2006), o trabalho do autor em questão é uma teoria que vai na contramão de uma lógica extremamente individualista voltada para os processos psicológicos.

A visão mais pluralizada defendida pelo teórico se mostra bastante relevante, pois vai de encontro ao que é proposto pela Organização Mundial da Saúde, a qual defende uma perspectiva de saúde global não centralizada na doença, considerando saudável um indivíduo que logra vivenciar sua trajetória estando imerso em um ambiente de bem-estar integrativo. Nessa linha, a Organização Mundial da Saúde define o constructo "saúde" como um estado completo de bem- estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de patologia. Sendo assim, as relações sociais e o suporte social recebido pela pessoa em desenvolvimento passam a ser considerados parte constituinte das medidas correspondentes à qualidade de vida do sujeito (Who, 1946).

As relações saudáveis pautadas entre pessoas e ambientes oferecem possibilidades de apoio quando surgem momentos de crise ou transição, e podem gerar oportunidades de desenvolvimento humano através da qualidade dos meios de subsistência. As chamadas redes de apoio parecem abrir portas para a maior expressão de resiliência, pois promovem uma construção conjunta de soluções aos conflitos vivenciados pelo indivíduo (Juliano & Yunes, 2014). Diniz

e Koller (2010), pesquisadoras renomadas dentro da Psicologia do Desenvolvimento, encaram o afeto como um elemento imprescindível dentro dos processos proximais, mostrando-se essencial para o seguimento desenvolvimental ao longo de todas as fases da vida, além de ser considerado o principal recurso de superação frente a momentos de mudança (como acontece intensamente durante a fase da adultez emergente). Sabendo disso, não há nada mais lógico do que pensar no quanto uma família, a partir de uma dinâmica de afetividade positiva, fazendo seus membros se sentirem seguros, compreendidos, amados e respeitados, pode fazer toda a diferença na vida dos sujeitos, no passo em que atua como rede de apoio e fator protetivo frente às situações difíceis que o jovem adulto venha a enfrentar.

O Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner

Para traçar uma discussão firmemente fundamentada a respeito da saúde mental, se faz necessário que nos apropriemos da visão proposta pelo teórico aqui mencionado. Olhar para a saúde mental e sua promoção a partir de uma perspectiva não individualista nos convida a colocar o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Morris, 2006) como pano de fundo para todo esse debate. Dessa forma, é extremamente relevante conhecer o caminho tomado para a construção teórica por parte do autor, assim como revisitar os conceitos propostos pela sua abordagem.

Antes dos trabalhos do teórico russo surgirem, pode-se afirmar que os psicólogos da infância eram responsáveis por estudar as crianças, os sociólogos investigavam as famílias, os antropologistas estudavam a sociedade, e os economistas analisavam o cenário econômico. O modelo inicialmente nomeado pelo estudioso como "Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano" transformou o jeito como

diversos cientistas sociais e comportamentais abordavam os estudos de seres humanos inseridos em seus respectivos contextos, levando então a uma série de novos direcionamentos dentro desta área. Posteriormente, sob um intuito de não negligenciar o aspecto biológico inerente a toda espécie, o teórico decide acrescentar o morfema "*bio*" à sua teoria. No entanto, como dito anteriormente, o potencial biológico era para ele apenas isso, algo potencial, que poderia se manifestar de diferentes maneiras a depender de processos altamente interativos e duradouros que deveriam acontecer entre o organismo em desenvolvimento e outros indivíduos, símbolos ou objetos do ambiente (Ceci, 2006).

Pode-se afirmar que a obra completa de Urie Bronfenbrenner retira o ser humano de uma concepção individualista ao extremo, de forma com que toda a dinâmica dos processos psicológicos passa a ser vista como propriedade de sistemas. Assim, é a partir do paradigma defendido pelo autor, que todo o aspecto contextual das pesquisas realizadas com seres humanos se torna um fator levado bastante em conta, visto que se reconhece o quanto uma pessoa experienciará comportamentos diferentes ao ser observada mediante um ambiente artificial ou em meio à sua vida cotidiana (Bronfenbrenner, 1997).

No Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, tal processo pode ser lido como fenômeno de continuidade e mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos, seja como indivíduos ou grupos. O fenômeno do desenvolvimento estende-se assim, ao longo do nosso curso de vida, perpassando gerações. Vale dizer que Bronfenbrenner e Morris (2006) confirmam a existência de um impacto conceitual por parte de outras linhas teóricas desenvolvimentais no modelo mencionado, tais como a perspectiva *Life-Span* (Baltes et al., 1998) e a Psicologia Cultural (Cole, 1995). A partir do conceito de Bronfenbrenner a respeito da ecologia do desenvolvimento humano, configurações sociais, tais como a família

e estruturas oriundas de ordem maior, dentro de cenários políticos e econômicos, passam a ser vistas como aspectos relevantes durante todo o curso de vida. Deste modo, tanto a infância quanto a vida adulta se mostram períodos dignos de estudos para a Psicologia do Desenvolvimento (Ceci, 2006).

Para Tudge (2008), a Teoria Bioecológica não se enquadra totalmente na perspectiva contextualista, visto que sua proposta vai além de postular que o contexto é relevante para o desenvolvimento humano, uma vez que seu cerne está na interlocução entre indivíduo e contexto, não se limitando a um processo unidirecional. Bronfenbrenner e Morris (2006) delimitam quatro componentes e suas respectivas inter-relações como as propriedades centrais para o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, que são: *Pessoa*, *Processo*, *Contexto*, e *Tempo*.

O *Processo* implica em formas específicas de interação que ocorrem entre o organismo e o ambiente. Os chamados *processos proximais* são formas duradouras de interação no ambiente imediato (*microssistema*), assumindo certa frequência ao longo do tempo, de forma a serem lidos como os mecanismos primários a possibilitarem o desenvolvimento humano. Entretanto, é natural que o poder de influência desses fenômenos sobre o desenvolvimento conte com certa variação a depender das características individuais da *Pessoa*, dos *Contextos* remotos e mais imediatos que a afetam, e do *Tempo* no qual os processos são postos em ação (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Segundo a teoria defendida pelo Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, existem três características pertencentes à *Pessoa* que podem influenciar seu desenvolvimento e têm o poder de afetar seus processos proximais no curso da vida. São elas: força, recursos biopsicológicos e demanda. O conceito de força se reflete no ato de colocar os processos proximais em movimento, de

forma a sustentar sua operação ou impedir o seu funcionamento. Deste modo, ela depende de disposições, que podem ser lidas como características instigadoras do sujeito. Os recursos biopsicológicos constituem os componentes biopsicossociais que influenciam a capacidade do organismo para se envolver efetivamente ou não em processos proximais. Dentre esses fatores, podemos citar problemas genéticos ou deficiências, que agem limitando a integridade funcional do organismo, assim como habilidades e experiências, que por outro lado, facilitam o desenrolar dos processos proximais. Por sua vez, a demanda refere-se às características da pessoa que são capazes de instigar ou não reações por parte do ambiente, podendo também impedir ou favorecer os processos de crescimento psicológico (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Moraes & Dias, 2015).

O Modelo Bioecológico conceitualiza *microssistema*, *mesossistema*, *macrossistema*, *exossistema*, e *cronossistema* como partes que constituem de maneira integrada e interativa o *Contexto* em que se desenvolve um ser humano, o qual ali afeta e é também afetado. Dentre essas partes, o sistema mais interno (*microssistema*) apresenta-se como o ambiente mais íntimo (ex.: família), que contém a *Pessoa*, podendo ser considerado o centro de gravidade de toda a sua teoria (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Mais tarde, o conceito de microssistema é redesenhado de forma mais ampla, de modo a envolver também padrões de atividades, papéis sociais e relações interpessoais vivenciadas pela pessoa em processo de desenvolvimento, sob uma configuração face a face. Neste sentido, este subsistema passa a envolver características físicas, sociais, e simbólicas que podem tanto incitar quanto inibir o engajamento de interações, que tendem a ser progressivamente mais complexas dentro do ambiente mais imediato (Bronfenbrenner et al., 1994).

Segundo Bronfenbrenner (1986), podemos facilmente observar o quanto o *microssistema* familiar é também impactado por outros sistemas, exteriores a ele. Não é difícil imaginar que ele é naturalmente afetado por questões pertencentes ao *macrossistema*, contexto mais ampliado no qual o indivíduo habita, abrigando, por exemplo, a cultura e estatutos governamentais. Além disso, o autor postula o conceito denominado *mesossistema*, o qual implica especificamente no aspecto inter-relacional encontrado nas mais diversas configurações sociais imediatas que o ser humano pode vir a experimentar. É visível que os processos de desenvolvimento não acontecem de maneira independente nesses diferentes contextos. Ao passo que se pensa no processo de desenvolvimento de uma criança, é fácil observar o quanto sua vida dentro do universo escolar depende diretamente de suas vivências familiares e vice-versa.

Além do *mesossistema*, que descreve especificamente a interação entre os mais diversos microssistemas experienciados pelo sujeito, o teórico menciona ainda o impacto que a família pode sofrer por parte de sistemas com os quais determinados membros não traçam contato direto. Sendo assim, os *exossistemas* representam contextos tais como o mundo social ou trabalhista dos pais, que de algum modo acaba por afetar o processo de desenvolvimento dos filhos. Não se pode deixar de mencionar ainda o *cronossistema*, que é descrito como um conceito que faz referência ao aspecto temporal da vida dos sujeitos tanto em seu sentido transicional quanto no efeito cumulativo destes mesmos eventos ocorridos ao longo de toda uma vida (Bronfenbrenner, 1986).

Na Teoria de Bronfenbrenner, quando falamos de *Tempo*, vale ressaltar que se torna possível analisá-lo a partir de três diferentes perspectivas. São elas: *microtempo*; *mesotempo*; e *macrotempo*. O primeiro é descrito com base nas continuidades e descontinuidades dos episódios contínuos de processos proximais que atuam demarcando

estabilidade ou instabilidade no ambiente. O segundo se refere à periodicidade na qual ocorrem os processos proximais através de intervalos de tempo maiores, representados por dias ou semanas. O último diz respeito a eventos que são mutantes na sociedade e na história, seja naquela geração ou no que tange a ocorrências que se deram através de gerações (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Os chamados processos proximais, por sua vez, constituem o mecanismo básico que possibilita um funcionamento efetivo do desenvolvimento humano. Vale dizer que as interações da pessoa com outros seres humanos, objetos, e símbolos tendem a se tornar cada vez mais complexas com o passar do tempo, de modo a estimular a atenção, a exploração, a manipulação e também a imaginação da pessoa em desenvolvimento. Para que a pessoa se desenvolva, se faz necessário que as interações humanas sejam ativamente recíprocas. Desse modo, o apego se torna algo forte, mútuo e irracional, e com o tempo, a pessoa passa a comprometer-se também com o bem-estar e desenvolvimento dos outros, de preferência, ao longo de toda a sua vida. Com fins didáticos, é possível citar uma metáfora que afirma que se o motor do desenvolvimento são os processos proximais, as características da *Pessoa* e do *Contexto* são responsáveis por oferecer o combustível necessário e controlar também a sua direção (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bhering & Sarkis, 2009).

É preciso dizer que como resultado dos processos proximais, podemos chegar a efeitos de competência, que é representada pela aquisição e desenvolvimento de habilidades para conduzir e dirigir seu próprio comportamento. Por outro lado, também é possível que se atinja efeitos de disfunção, que pode ser representada por uma manifestação recorrente de dificuldade em manter controle e integração do comportamento, nos mais diversos domínios do desenvolvimento. Tais resultados dependem da exposição aos processos proximais, de modo a variar em razão de cinco fatores: duração do

período de contato; frequência de contato ao longo do tempo; interrupção ou estabilidade ao longo da exposição; *timing* da interação; intensidade e força do contato (Narvaz & Koller, 2004).

As relações entre um indivíduo ativo e sua respectiva ecologia, formada por múltiplos níveis, constituem uma força direcionadora do desenvolvimento humano, e deste modo, a regulação adaptativa formada pela díade *Pessoa-Contexto* é extremamente relevante para os estudos do Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner. Nessa linha, a plasticidade dessas relações, assim como o potencial maximizador para as regulações adaptativas no desenvolvimento, constitui a essência do ser humano, de acordo com sua teoria (Bronfenbrenner, 2005). Portanto, é possível inferir, a partir da abordagem teórica proposta pelo autor, que a busca cuidadosa por uma qualidade positiva das relações interpessoais na sociedade se apresenta como um fator fundamental para uma prática eficiente da promoção e manutenção de saúde mental em todos os contextos.

Mas afinal, o que é saúde mental?

O conceito de "saúde mental" pode ser lido como algo bastante amplo, cuja definição não se mostra simples ou de fácil delimitação. Entretanto, assim como a saúde em geral não é apenas uma ausência de patologias, pode-se dizer também que a saúde mental não pode ser encarada como uma mera ausência de perturbação mental. Nesta linha, este constructo é cada vez mais compreendido como o produto de diversas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sendo assim, é possível dizer que existem determinantes de ordem social e econômica que atuam sobre a saúde mental, tais como condições laborais, desemprego, educação, pobreza, condições de habitação, nível de urbanização, cultura, e

acontecimentos estressantes, além de experiências precoces e interação familiar (Alves & Rodrigues, 2010).

Pode-se dizer que até alguns anos atrás, pouco se discorria a respeito de saúde mental e seus desdobramentos. Não é à toa que, por muito tempo, a política de saúde brasileira foi entendida como algo que se destinava apenas à provisão de financiamento para os cuidados médicos. Deste modo, é possível inferir que o foco estava voltado para a doença, priorizando uma abordagem individualista e por vezes culpabilizadora do sujeito. No entanto, toda essa visão vem mudando consideravelmente nos últimos tempos. Tomar conhecimento sobre os determinantes sociais e reconhecer sua relevância é algo que atua de modo a reduzir a carga global de doença, melhorando a saúde mental das populações (Alves & Rodrigues, 2010).

As raízes da saúde mental, em seu modo mais primitivo, surgem no Brasil pelo final do século XIX, estando altamente relacionadas à psiquiatria, fundamentadas sobre o modelo biomédico hospitalocêntrico, que operou rigidamente até a década de 1970. No entanto, a 2ª Conferência Nacional em Saúde Mental colocou em xeque toda a dinâmica vivenciada até então, fazendo com que a forma como a saúde mental vinha sendo conduzida em âmbito nacional fosse revista urgentemente. Assim, o modelo institucionalizado passa a dar lugar ao sistema extra-hospitalar, que visa uma atuação multiprofissional, pensando também na inserção social dos indivíduos portadores de transtornos mentais, os quais passam a deter direitos previstos por lei. O Estado se torna responsável por desenvolver uma política da saúde mental, assistência e promoção da saúde aos acometidos pelo adoecimento psíquico. O tratamento deve também visar o meio ambiente do paciente, visto que, de maneira impreterível, a integralidade da assistência à pessoa com transtorno mental exige uma visão biopsicossocial do ser humano (Campos & Feitosa, 2018).

Para Bhugra, Till e Sartorius (2013), o estado de saúde mental implica na habilidade para formar e manter relacionamentos afetivos com os outros, desempenhar papéis comuns em sua cultura e saber administrar mudanças, assim como reconhecer e obter ações positivas, de maneira a desempenhar um bom manejo de emoções, como a tristeza. A saúde mental confere ao indivíduo o sentimento de utilidade, controle e entendimento de seu funcionamento interno e externo.

Além disso, os Especialistas da Sociedade para Educação e Promoção de Saúde (SHEPS, 1997) apontam para saúde mental como um componente que envolve o sentimento de positividade sobre si mesmo e os outros, mediante a sensação de alegria e amabilidade. Pode-se dizer que assim como acontece no adoecimento mental, a saúde mental é altamente influenciada por fatores diversos, podendo ser estes: biológicos, sociais, psicológicos e ambientais. Isso ocorre uma vez que o indivíduo funcional é alguém naturalmente rodeado pelo impacto social, já que seu mundo proximal inclui sua família, amigos e pares, e o contexto mais distal que o abriga inclui toda a sociedade e cultura. Sendo assim, a interação entre indivíduos e sociedade se torna algo crítico ao passo que se deseja criar comunidades saudáveis, de forma a promover saúde mental.

Dentro da sociedade contemporânea, a saúde mental é uma temática cada vez mais abordada especialmente pelo fato de que os adoecimentos psíquicos parecem ser cada dia mais evidentes, assumindo as mais diversas roupagens. Na atualidade, fica muito claro que o adoecimento psíquico não é mais exclusividade dos ditos "alienados", e logicamente, toda a abordagem higienista de exclusão, que fora vigente por algum momento, de forma muito marcante, passa a não fazer absolutamente nenhum sentido. Quando o sofrimento psíquico invade a realidade de um número considerável de pessoas, podendo impactar direta ou indiretamente a vida de qualquer um,

a qualquer momento, fica visível que o tema em questão deve estar presente em todos os debates sobre saúde pública. Dessa forma, não há mais como negligenciar ou fugir do fato que não é mais possível enxergar esse fenômeno como algo que seria determinado unicamente pela natureza do indivíduo de maneira isolada.

Fica claro que o século XXI enfrenta uma mudança radical no sentido do surgimento de maiores preocupações com relação às afetações que podem pairar sobre a saúde mental da pessoa, o que acaba impactando em um aumento dos debates a respeito dessa temática. Fazendo um comparativo em bases de dados, entre os artigos científicos da década de 1990 e os artigos que surgiram entre os anos 2000 e 2010, é visível que a quantidade de trabalhos relacionados à busca do termo "saúde mental" mais que triplicou. Ao fazer o mesmo comparativo a partir da palavra "depressão", o número total é quase cinco vezes maior. Com o termo "ansiedade", o crescimento é ainda mais notório, visto que o número passa a ser cerca de seis vezes superior.

Acredita-se que muito provavelmente todo o crescimento do interesse social e científico neste âmbito ocorre pelo infortúnio aumento de casos de transtornos relacionados à depressão e ansiedade, especialmente dentro do contexto nacional. Sendo assim, é impossível falar sobre saúde mental e crescimento dos debates que são a ela conectados sem passar brevemente sobre dados a respeito dos principais acometimentos que podem impactá-la.

A depressão em cena

Infelizmente, os dados relacionados à manifestação de saúde mental ao redor do mundo não parecem apontar para uma qualidade generalizada no que se refere à parte considerável da população. Numa investigação que tomou os transtornos de ansiedade e

depressão como os principais adoecimentos psíquicos, ficou constatado que o número total de pessoas vivendo com transtornos depressivos atualmente está próximo dos 322 milhões. O número total estimado de pessoas enfrentando a depressão aumentou 18,4% entre 2005 e 2015. O Brasil se mostra como uma das nações com maior prevalência de transtornos depressivos no mundo inteiro, ficando atrás apenas da Austrália, Estônia, e Estados Unidos (Organização Mundial da Saúde, 2017).

Ainda que os dados sejam alarmantes, é necessário que se saiba diferenciar com atenção a tristeza e o luto normais em relação à condição depressiva. O luto pode ser capaz de induzir grande sofrimento, mas não costuma provocar um episódio de transtorno depressivo. A termos explicativos, é importante deixar claro que, de acordo com a American Psychiatric Association (2014), os transtornos depressivos apresentam várias subcategorias, as quais incluem: o transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior); o transtorno disruptivo da desregulação do humor; transtorno depressivo persistente (distimia); transtorno disfórico pré-menstrual; transtorno depressivo induzido por substância/medicamento; transtorno depressivo devido a outra condição médica etc. Dentre essas classificações, o transtorno depressivo maior seria o quadro mais clássico de depressão.

O transtorno depressivo maior é caracterizado no DSM-V por episódios distintos de ao menos duas semanas de duração (embora quase sempre os episódios durem um tempo consideravelmente maior), envolvendo alterações nítidas no que tange ao afeto, à cognição e até mesmo às funções mais essenciais, denominadas funções neurovegetativas, além ainda de envolver remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado em um único episódio é, sim, possível. No entanto, o transtorno parece ser recorrente na grande maioria dos casos (American Psychiatric Association, 2014).

Mesmo que para fins nosológicos seja importante saber diferenciar os vários tipos de transtornos depressivos, vale dizer que grande parte dos dados atuais provenientes de trabalhos científicos não costuma fazer diferenciação quanto à classificação específica dos transtornos, preferindo fazer uso do termo *depressão* de modo mais generalizado. O que se apresenta como um fato interessante, já que dessa forma, o foco é direcionado para os prejuízos causados pela condição depressiva, que apresenta em si mesma várias possíveis consequências. Dentre elas, é necessário considerar os preocupantes achados de estudos científicos que apontam para os transtornos depressivos como determinantes dos maiores índices de risco ao suicídio para populações representantes de todas as faixas etárias (Sobrinho & Campos, 2016; Ferraiuoli & Ferreira, 2017).

Segundo Tavares et al. (2021), do ponto de vista biológico, a depressão pode ser encarada como uma desregulação, tendo uma íntima relação com a hereditariedade. É possível afirmar que existem diferenças individuais que fazem com que alguns indivíduos deprimam e outros não, uma vez que a reatividade afetiva e a sensibilidade aos estímulos internos e externos aos indivíduos são componentes que modulam os estados de humor e se distribuem de modo diferente para cada um. Os indivíduos vulneráveis à depressão estariam, então, no limite superior da distribuição populacional no que tange à reatividade afetiva.

No entanto, nem mesmo os estudos mais atualizados dentro da Neurofisiologia são capazes de explicar a depressão apenas através da Genética e Biologia, uma vez que consideram que essa seja uma condição de etiologias múltiplas, tendo não apenas raízes, mas também diversas consequências concernentes ao eixo biopsicossocial (Tavares et al., 2021). Sendo assim, não restam dúvidas de que a depressão esteja relacionada a uma complexa interação dada entre fatores genéticos e ambientais, ainda que os fatores ambientais que contribuam

para ela se mantenham como um desafio aberto (de Medeiros Azevedo & Lucas, 2022).

A ansiedade em cena

Quando o assunto abordado é a ansiedade, muito se tem a discorrer. A princípio, a ansiedade é uma experiência humana universal. Uma vez confrontados por algum tipo de ameaça externa, essa resposta serve para nos alertar do perigo e propiciar uma ação adequada ao contexto em questão. Portanto, é possível afirmar que, mediante algumas circunstâncias específicas, a ansiedade parece ser um componente padrão do nosso repertório. No entanto, a bibliografia deixa claro que os indivíduos costumam variar altamente na frequência e intensidade nas quais esse estado de humor se manifesta (MacLeod, 1991).

Estando cientes da singularidade com a qual a ansiedade pode se manifestar em cada um, é natural entender que esse fenômeno se apresenta como um tema extremamente vasto. Acredita-se que condições relacionadas a ela afetam não apenas os seres humanos, mas também outras espécies. Malheiros (2018) afirma que diversos fatores biológicos, como por exemplo o acúmulo de tecido adiposo em excesso, podem causar alterações comportamentais de aspecto ansioso ou depressivo em ratos. No entanto, o conceito de ansiedade nos animais, ainda que possibilite o desenvolvimento de uma alta gama de estudos e teorias, apresenta uma raiz muito mais fisiológica e comportamental.

A termos de descrição, segundo Medeiros e Peniche (2006), o perfil manifesto da ansiedade pode ser observado biologicamente através de um estado de estimulação central, envolvendo alterações metabólicas e neurotransmissores sinápticos, os quais secretam substâncias que promovem a excitação ou a inibição do neurônio

pós-sináptico. Dentre os vários neurotransmissores envolvidos com a ansiedade, podem-se destacar: o ácido gama-aminobutírico (GABA), inibindo o sistema nervoso central; o sistema referente à serotonina, responsável pela manifestação de ansiedade; e o sistema de noradrenalina, que atua em situações de atenção ao ambiente, na possibilidade de ameaça.

No entanto, assim como feito aqui ao abordar a condição depressiva, é de extrema importância deixar claro que o medo ou a ansiedade a níveis normais se diferenciam do medo e ansiedade existentes nos transtornos de ansiedade. De acordo com a American Psychiatric Association (2014), no segundo caso eles aparecem sempre de forma excessiva, ou persistindo além de períodos considerados normais ao nível de desenvolvimento. Nos transtornos ansiosos, a presença de medo ou ansiedade excessivos costuma persistir ao longo de seis meses ou mais. Além disso, eles envolvem uma série de características relacionadas ao medo e ansiedade em excesso. Desta forma, enquanto o medo é representado como resposta emocional mediante ameaça iminente real ou percebida, a ansiedade aparece como a antecipação de uma ameaça futura.

Ainda que o medo e a ansiedade estejam geralmente presentes de forma sobreposta na maioria dos sujeitos, eles também possuem capacidade de diferenciar-se, ao passo que o medo costuma ser associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, algo necessário para uma reação de luta ou fuga, e a ansiedade, por sua vez, estaria ligada a comportamentos de cautela ou esquiva, juntamente à sensação de tensão muscular. É importante dizer que muitos dos transtornos de ansiedade começam a desenvolver-se já no período da infância e seguem existindo na vida adulta, quando não tratados. É interessante mencionar ainda o fato de a população diagnosticada com transtornos de ansiedade ser majoritariamente feminina,

constituindo assim uma proporção de aproximadamente 2:1 (American Psychiatric Association, 2014).

Em sua quinta edição, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2014) aponta para o fato de os diversos tipos de transtornos de ansiedade se diferenciarem entre si no sentido de haver distintos objetos ou situações específicas que irão induzir ao medo e à ansiedade nos indivíduos acometidos por eles. Sendo assim, ainda que os transtornos possuam comorbidades, é possível diferenciá-los a partir de um exame detalhado dos tipos de situações que são temidas ou evitadas e pelo tipo de conteúdo presente nos pensamentos e crenças associados a esses processos.

Desta forma, também de modo semelhante à depressão, é possível que, para fins nosológicos, se faça uma classificação dos transtornos de ansiedade em suas diversas subcategorias. Pode-se se citar a ansiedade de separação (comum em crianças); as fobias específicas; a agorafobia; o transtorno do pânico; a ansiedade social; o transtorno de ansiedade induzido por medicamento ou substância; e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), manifestação menos específica dentre todos os transtornos de ansiedade, cujas principais características são constantes preocupações e ansiedade excessiva, ligadas a vários assuntos, como por exemplo o desempenho no trabalho ou na escola. Em todos os subtipos de transtornos de ansiedade, é de se esperar que haja algum prejuízo psicossocial, pois o indivíduo sente dificuldade de controlar seus sintomas, os quais atingem o âmbito cognitivo, e também corporal. É frequente a sensação de "nervos à flor da pele", dificuldade de concentração, irritabilidade etc. (American Psychiatric Association, 2014).

É fato que os transtornos de ansiedade apresentam uma vasta possibilidade de especificações que demandem uma categorização (algo que se mostra bastante útil para o manejo clínico, o qual exige

naturalmente uma aplicação de estratégias terapêuticas específicas). No entanto, de maneira diferenciada, dentro do escopo teórico-analítico, a maior preocupação deve estar pautada na real emergência de sintomas ansiosos atingindo a população brasileira, que independentemente de sua roupagem específica, atuam sobre a vida cotidiana do sujeito contemporâneo, causando a ele inúmeros prejuízos funcionais.

Nesta linha, é válido citar o estudo de Richards et al. (2014), que afirma que dentre os mais diversos tipos de transtornos de ansiedade, assim como nas amostras subclínicas com altos níveis de ansiedade autorreportada, a magnitude do aspecto de hipervigilância, juntamente dos vieses atencionais frequentemente voltados para estímulos de ameaça, parece ser bastante similar entre as populações observadas. Além disso, parece existir uma vulnerabilidade para o desenvolvimento da ansiedade clínica em pessoas que são portadoras da ansiedade ainda considerada como condição subclínica (Andrews, 1991).

À medida que se pensa sobre ansiedade em geral, é válido deixar marcado que se fala sobre um dos adoecimentos psíquicos mais relevantes da contemporaneidade, o qual afeta diariamente milhões de pessoas ao redor de todo o mundo, de forma com que a Organização Mundial da Saúde (2017) lhe concedeu o título de grande mal do século. Numa comparação entre vários países ao redor do mundo, a nação brasileira aparece em evidência, ocupando o topo da lista de prevalência do transtorno, e em 2017, os distúrbios relacionados à ansiedade já atingiam 9,3% dos residentes de todo o território nacional.

Sabe-se atualmente que diversas condições pertencentes à esfera da saúde mental são de alguma forma relacionadas a aspectos biológicos, intrínsecos ao ser humano. Em uma pesquisa recente, Costa et al. (2019) constataram que indivíduos do sexo feminino, pessoas

com histórico de doenças crônicas, e usuários de substâncias, como o tabaco ou álcool, foram os que demonstraram maior probabilidade de apresentar algum tipo de transtorno de ansiedade. Os achados de Fernandes et al. (2018) também apontaram para uma maior prevalência de ansiedade dentro da população feminina. O trabalho de Lopes et al. (2019) verificou que não apenas a frequência de ansiedade na população feminina parece ser maior, como também a intensidade desta, visto que as mulheres são as principais acometidas pelos níveis mais graves dessa condição.

Para Asbahr et al. (2017), certas variações genéticas têm o poder de predispor uma pessoa à ansiedade. No entanto, tal predisposição pode simplesmente não vir a se manifestar até que seja despertada por uma situação contextual de ordem extremamente estressante ou traumática. Deste modo, fica claro que a manifestação de um Transtorno de Ansiedade irá depender de uma interação entre genes e ambiente, ou seja, ainda que haja uma predisposição genética, o que circunda o sujeito pode ser o agente favorecedor para o desenvolvimento e manifestação da ansiedade.

Uma vez sabendo que a manifestação da condição ansiosa depende de fatores biológicos, mas não se restringe unicamente a estes, não há como não rememorar a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner (2005), que postula o desenvolvimento humano de modo com que a ontogênese individual passa a ser lida como um fenômeno dependente de certos níveis organizacionais, os quais se conectam de maneira integrativa, como sistemas. Pode-se inferir a partir daí que todos os sistemas que integram o Modelo Bioecológico têm o poder de afetar a saúde mental do sujeito, que vivencia experiências interativas mediante esses contextos.

Segundo os pressupostos mencionados aqui até então, justamente pelo fato de as vivências pessoais serem atividades interativas e constantemente recíprocas dentro de um contexto, os pensamentos

oriundos de uma interpretação pessoal mais negativada do ambiente por parte de um sujeito tendem a desencadear nele alguns sintomas de ansiedade. Dessa forma, tais sintomas, naturalmente, passam a dificultar também sua interação com outras pessoas do meio (Caballo, 2003), podendo assim dar início a um ciclo de conflitos na esfera intra e interpessoal.

O que é a adultez emergente e por que ela se apresenta como uma fase tão vulnerável ao adoecimento mental?

Ainda que as angústias provocadas pela ansiedade possam impactar todas as fases do desenvolvimento, desde a infância até os últimos anos da vida, é necessário deixar claro que a incidência de sintomas de ansiedade entre os jovens adultos merece uma atenção especial. A fase da denominada "*adultez emergente*", que enquadra o período de transição entre o fim da adolescência e o início da vida adulta, parece colocar os jovens adultos sob uma posição de vulnerabilidade socioemocional. Acredita-se que isso aconteça devido ao fato de que essa população tende a ser atravessada por múltiplos desafios, que muitas vezes surgem acompanhados por um certo sentimento de ambiguidade, uma vez que durante esta faixa etária, ao mesmo tempo em que muito se é exigido, a estabilidade social e a autonomia existentes em suas vidas podem manifestar um estado subjetivo e circunstancial de insuficiência.

Para Arnett (2011), a entrada da mulher no mercado de trabalho, a flexibilização dos padrões de sexualidade, e a necessidade de os jovens terem mais anos de estudo para acessarem um mercado de trabalho cada vez mais exigente fez com que essa nova fase desenvolvimental se formasse entre a adolescência e a vida adulta. Tal fase demonstra um padrão claro de manifestações ao passo que se observa o comportamento de jovens pertencentes à sociedade contemporânea,

industrializada e urbanizada. Todo o contexto atual faz com que seja bastante visível que esses jovens, na maioria das vezes, acabem por adiar uma assunção de papéis tipicamente adultos, tais como o casamento, a independência financeira e a constituição de uma nova família.

No entanto, ainda que para muitos a possibilidade de maior exploração de identidade possa parecer algo atrativo, não há como negar que a *adultez emergente* acaba sendo contaminada por um sentimento de ambivalência subjetiva, uma vez os jovens não se sentem nem adolescentes nem adultos. Diante de tantas incertezas que enfrentam, eles tendem a experimentar uma série de emoções negativas, além da angústia recorrente causada pela instabilidade, o que pode explicar o motivo pelo qual essa fase seja apontada como um período propício para o envolvimento em situações de risco, como o uso de drogas e relações sexuais desprotegidas (Pereira et al., 2016).

O estudo conduzido por Costa et al. (2017) confirma que o excesso de atividades dos mais diversos tipos, juntamente da pressão social, medos e incertezas em relação ao futuro, cobranças da vida acadêmica e exigências de um mundo trabalhista competitivo interferem na saúde mental do jovem adulto. Esses aspectos somados ao excesso de informações provenientes dos meios de comunicação em massa, que atualmente se apresentam sob uma faceta de hiperfluidez, fazem com que essa população sinta que é cada vez mais difícil fugir do aparecimento da sintomatologia ansiosa. Sendo assim, defende-se que a saúde mental do adulto emergente não pode assumir uma perspectiva individualista, visto que o ser humano é em sua natureza um ser social, e para que seu desenvolvimento seja saudável, é necessário que haja em sua vida a presença de relações afetivas de qualidade (Xavier & das Neves, 2014).

A bibliografia científica atual aponta para uma grande chance dos transtornos de ansiedade se manifestarem por volta dos 21 anos

de idade. As evidências demonstram que tal fenômeno se torna ainda mais preocupante uma vez que o aparecimento de transtornos de ansiedade na faixa dos 20 anos pode repercutir numa incapacitação e afastamento do trabalho em idade mais avançada, entre os 30 e 40 anos de idade. Sendo assim, é possível notar que o adoecimento mental por parte de adultos emergentes é um fenômeno que não se restringe à esfera da *Pessoa* ou ao seu contexto *microssistêmico*, uma vez que os transtornos de ansiedade podem causar um forte prejuízo a longo prazo na sociedade brasileira, já que os afastamentos trabalhistas poderiam impactar justamente a população com faixa etária tradicionalmente ativa no país (Gomez & Llanos, 2014; Granado, 2017; Jones, 2013; Leão et al., 2015, citados em Fernandes et al., 2018).

A população universitária, majoritariamente composta por adultos emergentes, parece ser especialmente afetada por transtornos de ansiedade, e possíveis explicações para essa conjuntura apontam para os altos níveis de pressão inerentes às atividades acadêmicas, que costumam ocorrer simultaneamente à pressão existente no ambiente familiar. Uma pesquisa realizada recentemente com jovens universitários do curso de Medicina de uma instituição do Paraná notou um percentual de ansiedade moderada e severa em 16% dos estudantes, e de depressão em 14% dos mesmos. Tais sintomas se apresentaram como fortes influências negativas no que tange ao rendimento acadêmico desses jovens adultos, além de impactarem também as suas vidas sociais (Betiati et al., 2019).

Os dados alarmantes não se restringem aos jovens estudantes de cursos de Medicina, já que outra pesquisa, cujo foco fora dado exclusivamente a uma população de estudantes do curso de Educação Física, com idade média de 24,7 anos, encontrou que 41,3% dos participantes parecem estar dentro do grupo com possíveis ou prováveis chances de terem um diagnóstico de depressão. Quando

a análise é feita com base na possibilidade e probabilidade da existência de um diagnóstico de ansiedade, os percentuais sobem mais ainda, atingindo 63,8% do total da população participante (Toti et al., 2019).

Um estudo realizado por Rodrigues et al. (2012), no estado do Rio Grande do Sul com base em uma amostra composta por 1.621 jovens entrevistados, todos com idade variando entre os 18 e 24 anos, já apontava para o fato de que 20,9% da população apresentava algum transtorno de ansiedade, sendo que 8,6% indicava possuir risco de suicídio. Os autores fazem um alerta para a gravidade deste achado e ressaltam a importância de se dar maior atenção ao risco de suicídio em pacientes com transtornos de ansiedade.

Faz-se necessário lembrar-se do estudo recente realizado por de Carvalho et al. (2019), que indicou o suicídio como uma das causas mais comuns de morte entre jovens adultos ao redor do mundo nos últimos tempos. Uma vez que esse evento se mostra como mais um fenômeno frequente dentro da sociedade, fica claro que ele não deve ser visto de maneira isolada e individualizada, mas encarado como algo pertencente ao domínio da saúde pública, que pode ser lido como parte da esfera *macrossistêmica*, de acordo com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

O lugar da família

Para Faco e Melchiori (2009), a família representa o espaço de socialização e de procura coletiva por estratégias de sobrevivência. A instituição familiar sempre será um dos principais meios de socialização dos indivíduos e, portanto, desempenha um papel essencial para a compreensão do desenvolvimento humano. Se em algum momento a instituição familiar fora formada unicamente sob uma visão patrimonialista, voltada para fins econômicos e de reprodução,

Noronha e Parron (2012) alertam que essa finalidade, em vias gerais, já foi rechaçada; e os sujeitos da pós-modernidade a encaram unicamente como meio para se atingir alguma dignidade humana. Sob este raciocínio, a família pode ser lida como uma espécie de rede intimista, que pode oferecer apoio em meio a circunstâncias problemáticas. Brito e Koller (1999) conceitualizam "rede de apoio social" como um complexo de sistemas e de pessoas significativas, que formam elos de relacionamento percebidos pelo indivíduo. O componente afetivo foi acrescentado a este conceito devido ao incontestável valor do vínculo de afeto na constituição e manutenção do sentimento de apoio e proteção (Brito & Koller, 1999).

Toda experiência individual acontece dentro de ambientes, e assim, contextos como a família podem ter influências diversas no desenvolvimento do sujeito, muitas vezes representando um fator de risco para o desenvolvimento humano saudável. Na contramão disso, os relacionamentos interpessoais podem ser também promotores de adaptação na vida das pessoas, especialmente aquelas que experienciam altos níveis de estresse, à medida que oferecem um apoio emocional, instrumental e também informativo. O apoio emocional seria descrito com base na disponibilidade de uma pessoa para discutir problemas, confiar sentimentos e aborrecimentos; o apoio instrumental é visível através da assistência para realizar tarefas, além de ajuda financeira; e o apoio por meio de informações diz respeito às orientações e informações sobre os recursos existentes na comunidade (Poletto & Koller, 2008).

A constituição familiar se baseia então não apenas em sua estrutura, mas também na qualidade dos relacionamentos vivenciados. Entende-se que a coesão familiar, assim como a comunicação, a qualidade do relacionamento entre pais e filhos, o envolvimento paterno na educação da criança, e também as práticas educativas envolvendo afeto, podem favorecer o desenvolvimento e o bem-estar

de crianças e adolescentes. Aspectos como reciprocidade, sensação de estabilidade, confiança, e equilíbrio de poder também parecem ser importantes mesmo em momentos em que os indivíduos se encontram expostos a ameaças ou situações de risco variadas. Isso ocorre pelo fato de que os componentes citados se mostram capazes de promover a resiliência (Bronfenbrenner, 1996; Hawley & DeHann, 1996).

Uma vez cientes de que a família se apresenta como o microssistema com o qual um indivíduo tem contato durante os momentos mais precoces de sua vida (Antoni & Koller, 2010), é natural que se pense na influência que ela demarca sobre a visão de mundo e condutas pessoais do sujeito. Ao longo dos trabalhos desenvolvidos em torno da Terapia do Esquema, Young et al. (2015) observaram que pacientes com privação emocional haviam tido pais frios durante sua infância. Logicamente, o aspecto biológico da personalidade humana não pode ser ignorado, e nem todas as pessoas irão reagir de forma semelhante ao mesmo padrão de vivências familiares. Em casos de abuso na infância, algumas vítimas podem sucumbir ao papel de vítima, e outras, de alguma forma se identificam com as condutas agressivas vistas em seus pais, reproduzindo-as em algum momento.

De qualquer maneira, os aspectos contextuais nunca devem ser ignorados quando o assunto é o desenvolvimento do sujeito, e não é necessário limitar essa percepção ao desenvolvimento infantil, uma vez que Johnson (2009) já dizia que jovens pertencentes a famílias disfuncionais frequentemente apresentam padrões cognitivo-comportamentais desadaptativos, com tendência ao isolamento, depressão e ansiedade. De modo a complementar esse raciocínio, a investigação de Milanez et al. (2020) afirma que o sistema conjugal é a referência para o desenvolvimento dos filhos, de forma com que ele pode promover uma projeção de comportamentos, emitidos dentro

desse subsistema, e também nas relações íntimas que virão a surgir futuramente.

A pesquisa de Suwinyattichaiporn e Johnson (2022), realizada com base em uma amostra composta por 907 participantes, demonstrou que o apoio social familiar está negativamente associado ao estresse e depressão em estudantes universitários latinos. Recentemente, no intuito de averiguar a relação entre estilos parentais e vinculação amorosa, Granja e Pinheiro Mota (2018) estudaram uma amostra de jovens, constituída por 787 universitários com idades entre 18 e 25 anos. Os resultados apontaram para um caráter transferível nos padrões afetivos vivenciados no núcleo intrafamiliar para com outros tipos de relações, visto que os jovens que experienciaram um ambiente familiar pautado por confiança, boa relação com a figura materna, comunicação clara, respeito e valorização, tendem a desenvolver um maior bem-estar psicológico, fator que repercute em suas próprias relações amorosas.

Bowlby (1982) argumentou que todas as crianças costumam demonstrar preferência por procurar a figura materna quando algo as incomoda profundamente. Nessa linha, a busca pelo apoio materno não parece ser algo limitado ao mundo infantil, já que, mais tarde, o autor deixa clara a necessidade humana, ao longo de toda a vida, pelo cuidado e afeto provenientes do núcleo familiar, especialmente durante os momentos de fragilidade emocional, nos quais essa dinâmica afetiva se apresenta como um fator de suporte (Bowlby, 1990). Sendo assim, não é difícil pensar na relevância da qualidade dessa relação durante alguns momentos naturais à fase da adultez emergente, que por si só já é atravessada por uma série de crises e desafios, que se tornam ainda mais intensos quando o sujeito é impactado por experiências pessoais desadaptativas no que se refere à saúde mental.

***

Com base no Modelo Bioecológico, os autores Bronfenbrenner e Morris (2006) definem a ideia de *Contexto* a partir de uma dinâmica formada por diversos sistemas, incluindo o conceito de *microssistema*. Dentre os variados contextos que envolvem uma *Pessoa*, a família se apresenta como o primeiro *microssistema* no qual ela tece suas primeiras experiências de interação direta com o mundo externo. A família é a representação de cuidado e segurança para o recém-chegado ao mundo, e justamente por traçar nesse meio suas vivências mais primárias, o sujeito tende a levar fortemente em consideração as relações que ali são desenvolvidas. Dessa maneira, é importante voltar a atenção para a importância das relações afetivas ao longo de toda a vida, que, de acordo com Bowlby (1990), são especialmentenecessárias mediante circunstâncias específicas de fragilidade emocional do sujeito.

Segundo Bronfenbrenner e Morris (1998), o desenvolvimento humano só pode ocorrer apartir de uma relação entre a *Pessoa* e uma série de sistemas. A primeira é naturalmente dotada por características biológicas que atuam de maneira interativa e integrada com todos esses sistemas que a rodeiam, os quais também apresentam uma reciprocidade ativa entre eles. É possível afirmar que quando as relações afetivas intrafamiliares assumem um caráter positivo, aqualidade da saúde mental do adulto emergente pode se tornar superior, o que acaba gerando impacto não somente em sua vida interna (esfera da *Pessoa*), mas também nas relações sociais desenvolvidas dentro dos demais ambientes percorridos por ele, já que, retomando a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, pode-se afirmar que enquanto seres em processo dedesenvolvimento, os sujeitos, em seus respectivos contextos, são seres ativos, que tanto afetam quanto são afetados (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

É importante também deixar claro que tanto a fase da *adultez emergente*, aqui citada, quanto o crescimento dos debates a respeito

de saúde mental, e acometimentos dentro deste escopo são fenômenos altamente contextuais, que possuem uma íntima ligação com os acontecimentos traçados através do fator *macrotempo*, construto que é parte constituinte de todaa Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner & Morris, 1998). No entanto, ainda que a emergência desse período desenvolvimental atualmente seja consideravelmente notada e respeitada, os discursos que a abraçam dentro da Psicologia do Desenvolvimento ainda são insuficientemente escassos, o que se mostra um fator incompatível com a realidade que nos rodeia.

Os jovens não são apenas o futuro, mas também o presente da nação brasileira. O interesse na promoção de saúde para com esta população não pode ser deixado de lado. Enquanto seres em desenvolvimento, eles precisam de constância e densidade no que tange ao suporte oferecido para o seu processo de evolução. Assim, se faz necessário pensar em estratégias conjuntas de cuidado, que devem se voltar para o bem-estar integrativo do sujeito, não precisando esperar o estabelecimento de patologias graves para que as preocupações sociais venham de fato surgir.

A ansiedade e a depressão são possíveis afetações que causam consequências não individuais, trazendo assim impactos para além da esfera do privado, seja esse privado lido como o corpo de um único humano, ou até mesmo o corpo familiar. Tal reação ocorre uma vez que asquestões vivenciadas dentro de um microssistema familiar, a longo prazo, apresentarão relevância para a sociedade como um todo, visto que ela se delineia justamente a partir da interação conjunta dos inúmeros microssistemas que a constituem.

Ao passo que fica constatada a emergência de tantos casos de ansiedade e depressão, é necessário que a sociedade se reinvente no que tange às estratégias colocadas em prática para a promoção de saúde mental, pois não há dúvidas de que as problemáticas que

atingem a esfera da saúde mental não são causadas unicamente por determinantes biológicos (Alves & Rodrigues, 2010). Ainda que se considere a existência de facilitadores genéticos, que possam gerar predisposições ao adoecimento mental, toda a perspectiva de Urie Bronfenbrenner, em seu Modelo Bioecológico, não nos permite negligenciar o fato de que essas predisposições não se apresentam como fatores deterministas à experiência de vida humana.

A linha teórica seguida aqui se mostra extremamente realista ao retirar os processos psicológicos do escopo individualizante; e assim como o adoecimento mental não se limita ao corpo individual, de semelhante maneira, a busca por saúde mental deve estar pautada em estratégias sociorrelacionais que certamente encontrarão eficácia, uma vez que toda a família estiver decidida a se empenhar na promoção e manutenção de saúde, escolhendo ter diariamente atitudes que a priorizem. Destaca-se o quanto isso pode ser extremamente proveitoso, já que as relações familiares afetivamente positivas impactam não apenas o sistema cognitivo e emocional de um único sujeito, mas também todo o sistema familiar, o que futuramente acaba por atingir parâmetros de larga escala, vindo a traçar um impacto na sociedade em geral.

A política de saúde nacional contemporânea não é mais compatível com a lógica individualista, patologizante e alienista. Sendo assim, é necessário que se crie um trabalho de conscientização e alerta para que as famílias brasileiras deixem de encarar a doença mental como algo inerente ao indivíduo e passem a dar mais atenção para as dinâmicas recíprocas que se fazem ativas dentro do todo.

De forma alguma o objetivo dessa reflexão se encontra em responsabilizar ou culpabilizar as famílias, mas sim em incentivar a formação de um olhar global mais cuidadoso, que priorize os afetos positivos, para que o jovem adulto se sinta acolhido, apoiado, e compreendido em todos os sentidos pelo meio mais imediato que

o cerca, permitindo assim viver o mais saudávelmente possível o seu processo desenvolvimental, mesmo mediante os inúmeros desafios que venham atravessá-lo. Essa perspectiva destaca a importância da qualidade do contexto parao sujeito em processo de desenvolvimento, reconhecendo, então, que os esforços ecomprometimentos para a promoção de saúde devem incluir todas as esferas, envolvendo elementos pertencentes tanto ao micro quanto ao macrossistema.

Referências

Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), p. 127-131.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Andrews, G. (1991). Anxiety, personality and anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 3(2), p. 293-302.

Antoni, C. de, & Koller, S. H. (2010). Uma família fisicamente violenta: uma visão pela teoria bioecológica do desenvolvimento humano. *Temas em Psicologia*, 18(1), p. 17-30.

Arnett, J. J. (2011). Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage. In: Lene, J. A. (Ed.). *Bridging cultural and developmental approaches to psychology: New synthesis in theory, research, and policy*. New York: Oxford University Press. p. 255-275.

Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.

Asbahr, F. R., Tiwari, S., & Kendall, P. (2017). *Transtornos da ansiedade na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (1998). *Life-span theory in developmental psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Betiati, V., de Melo Cardoso, I., Costa, B. R., Antunes, M. D., Massuda, E. M., & Nishida, F. S. (2019). Ansiedade e depressão em jovens universitários do curso de medicina de uma instituição no noroeste do Paraná. *Revista Valore*, 4, p. 41-54.

Bhering, E., & Sarkis, A. (2009). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. *Revista Horizontes*, 27(2), p. 7- 20.

Bhugra, D., Till, A., & Sartorius, N. (2013). What is mental health? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), p. 3-4.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), p. 664- 678.

Bowlby, J. (1990). *Apego e perda, vol 1. Apego: a natureza do vínculo*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1969).

Brito, R., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: Carvalho, A. M. (Ed.). *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p.115- 129.

Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological review*, 101(4), p. 568-586.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 22(6), p. 723-742.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bronfenbrenner, U. (1997). *The ecology of cognitive development: Research models and fugitive findings: College student development and academic life: psychological, intellectual, social and moral issues*. New York: Garland.

Bronfenbrenner, U. (Ed.). (2005). Bioecological theory in human development. In: Bronfenbrenner, U. (Ed.). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks: Sage Publications. p. 3-15.

Bronfenbrenner, U., Husen, T., & Postlethwaite, T. N. (1994). International encyclopedia of education. *Ecological models of human development*, 3, p. 37-43.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental process. In: Damon, W., & Lerner, R. M. (Eds.). *Handbook of child psychology: theoretical models of human developmental*, vol. 1. New York: John Wiley & Sons. p. 939-991.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In: Lerner, R. M., & Damon, W. (Eds.). *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*. New York: John Wiley & Sons. p. 793-828.

Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.

de Carvalho, T. A., Duarte, B. L. C., de Brito, M. J. A., & de Castro, A. P. (2019). Uma análise sobre a prevalência de fatores associados aos transtornos mentais e comportamentos suicidas em jovens adultos. *Acta de Estudos Interdisciplinares*, 1(1).

Campos, F. A. A. C., & Feitosa, F. B. (2018). *Protocolo de diagnóstico da depressão em adulto (PDDA)*. Curitiba: Appris Editora e Livraria Eireli-ME.

Ceci, S. J. (2006). Urie Bronfenbrenner (1917-2005). *American Psychologist*, 61(2), p. 173–174.

Cole, M. (1995). Culture and cognitive development: From cross-cultural research to creating systems of cultural mediation. *Culture & Psychology*, 1(1), p. 25-54.

Costa, K. M. V., Sousa, K. R. S. S., Formiga, P. D. A., Silva, W. D., & Bezerra, E. B. N. (2017, junho). Ansiedade em universitários na área da saúde. *II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde*, p. 14-16.

Costa, C. O. D., Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. D. M., & Silva, R. A. D. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68, p. 92-100.

Diniz, E., & Koller, S. H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar em Revista*, 36, p. 65-76.

Faco, V. M. G., & Melchiori, L. E. (2009). Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana. In: Valle, T. G. M. (Org.). *Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções*. São Paulo: Cultura Acadêmica. p. 1-16.

Fernandes, M. A., Vieira, F. E. R., Silva, J. S., Avelino, F. V. S. D., & Santos, J. D. M. (2018). Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, p. 2169-2175.

Ferraiuoli, C., & Ferreira, S. (2017). O outro lado da "melhor idade": Depressão e suicídio em idosos. *Humanas Sociais & Aplicadas*, 7(18), p. 43-53.

Granja, M. B., & Pinheiro Mota, C. (2018). Estilos parentais e vinculação amorosa: efeito mediador do bem-estar psicológico em jovens adultos. *Avances en psicología latinoamericana*, 36(1), p. 93-109.

Hawley, D. R., & DeHann, L. (1996). Toward a definition of family resilience: integrating life span and family perspectives. *Family Process*, 35(3), p. 283-298.

Johnson, C. V. (2009). A Process-Oriented group model for university students: a semi structured approach. *International Journal of Group Psychotherapy*, [S.l.], p. 511- 552.

Juliano, M. C. C., & Yunes, M. A. M. (2014). Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade*, 17, p. 135-154.

Lopes, M. S., del Olmo Sato, M., & Sato, R. M. S. (2019). Ansiedade em ambiente acadêmico: avaliação da sintomatologia de transtornos de ansiedade e do consumo de medicamentos entre estudantes de um centro universitário de Curitiba. *Revista UNIANDRADE*, 20(2), p. 69-73.

MacLeod, C. M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychological bulletin*, 109(2), p. 163-203.

Malheiros, R. T. (2018). *Efeitos de dieta hipercalórica sobre os aspectos de depressão e ansiedade em ratos*. Dissertação (Mestrado em Ciências Fisiológicas) – Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana, Uruguaiana.

de Medeiros Azevedo, F. C., & Lucas, T. D. P. (2022). Depressão entre jovens brasileiros: uma investigação baseada em mineração de subgrupos. *Research, Society and Development*, 11(1).

Medeiros, V. C. C. D., & Peniche, A. D. C. G. (2006). A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40, p. 86-92.

Milanez, C. M., de Córdova, Z. V. E., Castro, A., & Fraga, C. C. (2020). O funcionamento familiar na saúde emocional e psicológica de crianças e adolescentes/Family functioning in the emotional and psychological health of children and adolescents. *Revista de psicologia*, 13(47), p. 1-16.

Moraes, P. M., & Dias, C. M. S. B. (2015). A teoria bioecológica na pesquisa de famílias com crianças obesas. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 1, p. 69-74..

Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2004). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: Koller, S. H. (Org.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 51-65.

Noronha, M. M. S., & Parron, S. F. (2012). A evolução do Conceito de Família. *Revista Pitágoras*, 3, p. 1-. 21.

OMS – Organização Mundial da Saúde. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *Geneva: World Health Organization*, 24.

Pereira, A. S., Dutra-Thomé, L., & Koller, S. H. (2016). Habilidades sociais e fatores de risco e proteção na adultez emergente. *Psico*, 47(4), p. 268-278.

Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 25, p. 405-416.

Richards, H. J., Benson, V., Donnelly, N., & Hadwin, J. A. (2014). Exploring the function of selective attention and hypervigilance for threat in anxiety. *Clinical psychology review*, 34(1), p. 1-13.

Rodrigues, M. E. D. S., Silveira, T. B. D., Jansen, K., Cruzeiro, A. L. S., Ores, L., Pinheiro, R. T., ... & Souza, L. D. D. M. (2012). Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. *Psico-USF*, 17, p. 53-62.

Sheps – Society for Health Education and Promotion Specialists. (1997). Ten elements of mental health, its promotion and demotion: Implications for practice. London: SHEPS.

Sobrinho, A. T., & Campos, R. C. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 34(1), p. 47-59.

Suwinyattichaiporn, T., & Johnson, Z. D. (2022). The impact of family and friends social support on Latino/a first-generation college students' perceived stress, depression, and social isolation. *Journal of Hispanic Higher Education*, 21(3), p. 297-314.

Tavares, A. C. de S., Lima, R. F. F., & Tokumaru, R. S. (2021). Teorias evolucionistas da depressão: panorama e perspectivas. *Psicologia USP*, 32.

Toti, T. G., Bastos, F. A., & Rodrigues, P. F. (2019). Fatores associados à ansiedade e depressão em estudantes universitários do curso de educação física. *Revista Saúde Física & Mental*, 6(2), p. 21-30.

Tudge, J. (2008). A teoria de Urie Bromfenbrenner: uma teoria contextualista? In: Moreira, L., & Carvalho, A. M. A. (Orgs.). *Família e educação: olhares da Psicologia*. São Paulo: Paulinas. p. 209-231.

Who – World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization. *Basic Documents*. Genebra.

Xavier, M. R. P., & das Neves, T. T. (2014). Por uma vida afetada–afetos, tecnologia e vínculos na contemporaneidade. *Revista Inter-Legere*, 14.

Young, J., Klosco, J., & Weishaar, M. (2015). *Terapia de esquemas. Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

CAPÍTULO 2

As redes sociais como campo de contato: um olhar gestáltico sobre a cibercultura e as relações virtuais

Mariana Nogueira Consentino Buchemi

Pensar sobre promoção de saúde envolve ampliar discussões acerca de fatores desfavoráveis a fim de prevenir quadros de adoecimento. Na perspectiva gestáltica, a saúde se dá como produto de boas integrações e de um processo de contato livre de interrupções e bloqueios. Essas integrações possibilitam que o sujeito use de suas relações com o mundo a fim de modificá-lo a seu favor e, também, para satisfazer suas necessidades. Para entender essas interações é necessário descrever o contexto em que elas acontecem. E atualmente, é inegável a influência da Internet e das redes sociais no campo relacional.

O nascimento da Internet não é um evento isolado, é preciso compreender que ela faz parte de um contexto histórico-social mais amplo: a era das informações (Castells, 2008). Esse contexto criou a cibercultura e tem modificado, de forma significativa, o cotidiano das pessoas. É uma temática relevante e necessária de investigação, principalmente na área da Psicologia, uma vez que estão diretamente ligadas à forma de socialização e interação entre as pessoas.

Esse cenário será apresentado e esmiuçado neste capítulo com o objetivo de levantar uma discussão sobre as redes sociais como um campo favorável para o contato. Será usada como base teórica os pressupostos da Gestalt-Terapia, que apresenta uma visão fenomenológica de sujeito e de mundo. Ou seja, a partir dessa abordagem, discutir sobre o homem e suas relações, necessariamente, afirma a

impossibilidade de compreendê-los fora de seu contexto. Além da descrição do entendimento de campo, que corrobora se pensar o ciberespaço e a cibercultura como favoráveis para o contato.

Quem hoje não está nas redes sociais no mínimo sabe sobre elas e reconhece que elas fazem parte do cotidiano das pessoas. Paiva e Costa (2015) apresentam que as crianças e jovens nascidos no século XXI crescem inseridos em um período em que a tecnologia é a base das relações sociais. O acesso à Internet ampliou os limites de espaço e tempo. A partir dela é possível contactar pessoas no mundo todo, fazer pesquisas de diversos assuntos, receber notícias em tempo real, além de se conectar com amigos, familiares e até mesmo pessoas que ainda não se conhecem pessoalmente, trabalhar, criar conteúdos etc. Só é preciso ter um computador ou smartphone.

Santaella (2003) defende que os computadores são as mídias das mídias. A partir da aliança entre estes e as redes surgiu um sistema que permite ao usuário autonomia para criar, receber e consumir conteúdo em um único equipamento. As pessoas se tornaram ativas na busca de informação e entretenimento, diferentemente dos programas de televisão que seguem uma programação selecionada. Agora, cada um pode escolher qual conteúdo irá assistir ou consumir, como séries, novelas, filmes, artigos, livros, jornais e, também, as redes sociais.

A Internet foi criada em 1966, por Bob Taylor, porém, só começou a se popularizar na década de 1980, com o advento dos sistemas de troca de informações em rede. Primeiramente, foi criada para uso militar e governamental, mais especificamente, uma ferramenta americana de troca de informações durante a Guerra Fria (1947-1991). Com o tempo, a Internet passou a ser usada nas universidades para o intercâmbio de trabalhos acadêmicos. E somente com o movimento "computadores para todos" passou a ter

uso popular e tornou-se uma ferramenta importante no dia a dia das pessoas (Lemos, 2007).

Assim como revoluções anteriores trouxeram mudanças significativas ao modo de vida das pessoas, a revolução digital tem trazido transformações cruciais para as relações humanas (Nicolaci-da-Costa, 2002a). Segundo Castells (2008), a revolução digital ou revolução tecnológica teve início na metade do séc. XX e se desenvolve até hoje. Comparando com a Revolução Industrial que criou um novo espaço de relações – as cidades (metrópoles) –, a revolução digital também gerou um novo espaço de relações: a Internet (Castells, 2008; Lévy, 2008).

A Internet e suas novas tecnologias abriram portas para um novo mundo, e agora não sendo mais um recurso restrito somente aos computadores. O mercado da informática cada vez mais amplia o acesso para novos dispositivos como: celulares, smart-tvs, consoles de videogames, tablets etc. Santaella (2003) propõe que essa nova versão da Internet tende a colocar em movimento a cultura como um todo. Essas plataformas modificaram o modo de comunicação, interação e socialização das pessoas, o que se permite considerar novas formas de relações sociais e interpessoais.

A cibercultura nasceu na década de 1970, influenciada pela popularização dos microcomputadores ou computadores pessoais, da revolução digital, das novas ideias da cibernética, da inteligência artificial e outras teorias (Lemos, 2007). Deste modo, a cibercultura não diz respeito apenas ao uso dos computadores, mas abrange todo o movimento cultural, social e político que vem se desenvolvendo desde a popularização dos computadores e o nascimento da Internet como ferramenta de comunicação e interação.

Santaella (2003) defende que a cultura digital ou cibercultura não é uma mera continuação da cultura das massas, mas um processo que foi sendo semeado pela produção, distribuição e consumo das

novas tecnologias de comunicação, nomeado pela autora de cultura das mídias. Os meios de comunicação, desde o aparelho fonador até as redes sociais, têm como perfil base servir de canais para transmissão de informação. Tais canais carregam signos, mensagens e formas de comunicação capazes de nortear e influenciar o pensamento e comportamento das pessoas. Sendo assim, são construtores de novos ambientes socioculturais.

A cibercultura tem natureza essencialmente heterogênea. Os computadores, ligados às redes digitais, permitem que as pessoas troquem todo tipo de mensagens entre indivíduos ou grupos. Essa tecnologia está mediando as relações interpessoais e sociais. As mídias são meios, e como meios, são suportes materiais, canais digitais nos quais as linguagens tomam forma. Qualquer mídia é inseparável das formas de socialização e cultura, e são capazes de criar um novo meio de comunicação, que traz consigo um ciclo cultural que lhe é próprio (Santaella, 2003).

A palavra *cyberspace* apareceu pela primeira vez no romance de William Gibson com o título "*Neuromancer*". Gibson (1984) o descreve como uma alucinação consensual experienciada diariamente por bilhões de operadores. No início dos anos 1990, o conceito passou a ser disseminado com mais seriedade em artigos e textos acadêmicos. Santaella (2003) apresenta que o ciberespaço pode ser visto como uma zona livre, na qual a informação e a comunicação são facilmente acessadas por pessoas interessadas e motivadas. É um universo de redes digitais com lugar para encontros, aventuras, conflitos mundiais e novas fronteiras econômicas e culturais.

O ciberespaço se apresenta como um campo favorável para conexões, coordenações e sinergias entre as pessoas. Segundo Lévy (2011), ao se virtualizar, o corpo multiplica as possibilidades de conexão, uma vez que tais conexões podem circular pelo mundo todo. Uma emoção posta em texto ou *emoticon* separa a "fala" da pessoa,

o corpo sai de si mesmo e adquire novas formas e espaços. O autor problematiza que o campo virtual desterritorializa a informação, tornando o privado público, porém, também cria a possibilidade do anonimato.

Ferraboli e Groth (2011) expõem que o campo virtual é um espaço que propicia maior autenticidade por permitir ao sujeito a revelação e libertação de preconceitos e repressões, ocorrendo, assim, uma libertação das identidades. Ainda segundo os autores, os usuários podem criar personagens "fictícios" com características e modos representativos da imagem que desejam passar para outros usuários que os acessam. Obviamente esses personagens não são exclusivos do campo virtual, porém, a Internet apresenta abertura e certo conforto para os usuários se colocarem nesse campo, talvez até mais do que teriam presencialmente.

Lévy (2011) narra que o ciberespaço é por excelência o meio em que os atos podem ser arquivados e transformados em dados possíveis de exploração. O consumidor ao mesmo tempo usa a informação disponível como também é ativo na transformação e criação de novas informações, o que o autor chama de atualização. O caráter de interatividade no ciberespaço permite às pessoas se tornarem ativas e não meras receptoras de informações. Os usuários, uma vez ativos no processo de troca de informações, escolhem o que querem consumir.

Diante do descrito, entende-se que a Internet modificou a forma dos sujeitos se relacionarem com o mundo. Basso (2016) apresenta que o acesso à Internet ampliou limites, antes impeditivos para o encontro e a comunicação, como os limites de espaço e tempo. As pessoas podem ter acesso à informação, conversar com outras pessoas a qualquer momento e de qualquer lugar. E a partir desse movimento, surgiram as redes sociais. Ferreira (2011) define rede social como um conjunto de pessoas, organizações ou outras

entidades sociais conectadas por relacionamentos sociais, motivados por amizade, relações de trabalho ou interesses amorosos. Para o autor, estas motivações constroem interações sociais e uma estrutura social próprias.

Ferreira (2011) descreve que a ideia de rede social é mais antiga do que se imagina. No início do séc. XX, surgiram ideias de que as relações sociais compõem um tecido que condiciona a ação dos sujeitos neles inseridos. O termo rede social foi usado primeiramente por Barnes, em 1954, para descrever padrões de laços pessoais descritos pelos pensadores da época. "Rede significa um sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica, (...), um conjunto de participantes autônomos unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses comuns" (Ferreira, 2011).

Calazans e Lima (2013) defendem que a estrutura de rede social se tornou cada vez mais popular, de forma que vários sites e plataformas surgiram fundamentadas nas conexões entre os usuários. Os autores apresentam que esses ambientes virtuais, voltados para a produção de conteúdo pessoal e baseado na formação de redes sociais tiveram seu início em 2004, com a criação do Orkut, Flickr, e posteriormente com o Facebook. Atualmente, existem vários sites e plataformas com essa estrutura, como o YouTube, Twitter, Tinder, Instagram, TikTok etc.

As formas de socialização e de relacionamento das pessoas passam por constante transformação. As redes sociais surgem e desaparecem com mesma velocidade. A própria história da Internet sugere que é uma tendência que ainda não se estabilizou, o que se pode considerar um crescimento sistemático e sem limites, da mesma forma que a própria sociedade vem se modificando (Calazans & Lima, 2013). Cabe reforçar a importância de se compreender as redes

sociais como dimensão social, e nesse sentido, entender que, uma vez parte do contexto, está em mútua constituição com o homem.

Perls, Hefferline e Goodman (1997) apresentam uma visão fenomenológica de sujeito. A fenomenologia, do grego *phainómenon*, tem relação com os acontecimentos celestes e traduz-se para aquilo que se mostra por si mesmo; e *logos* que significa perceber algo daquilo que é observado (Fukumitsu, 2013). Rehfeld (2013) discorre que a fenomenologia, em seu termo literal, quer dizer "estudo dos fenômenos", estudo do que é dado à consciência. O estudo fenomenológico visa estabelecer a "essência" do objeto a ser estudado, antes mesmo de formular hipóteses a seu respeito.

Estudar a essência é retornar às coisas mesmas, as quais apresentam-se em uma relação de interação contínua e fluida com o mundo. Conhecer o objeto é tomar consciência e concebê-lo nessa relação com o meio, ou seja, o sujeito ou o objeto só podem ser compreendidos a partir dessa interação com o mundo (Rehfeld, 2013). A visão de sujeito de Perls, Hefferline e Goodman (1997) sugere que ele constitui suas singularidades a partir de suas relações com o meio no qual está inserido.

Para se compreender o homem em sua "essência", segundo a visão gestáltica, é preciso considerar seu campo relacional, seu contexto ampliado, os fatores sócio-históricos e culturais. Aguiar (2015) complementa que é a partir dessa interação ininterrupta com o mundo, desde o nascimento até o fim da vida, que o homem aprende, se diferencia, se transforma e se desenvolve como pessoa com características únicas. Além de ser ativo em sua constituição, uma vez que essa troca é recíproca, o sujeito influencia e é influenciado por suas relações no mundo e por consequência de suas experiências.

Essa interação é descrita como contato (Perls, Hefferline & Goodman, 1997). O contato é um fluxo ininterrupto que se dá na experiência da relação sujeito-ambiente. Ribeiro (2017) concebe o

contato como uma questão energética, uma força presente no ser, que movimenta o corpo. Para o autor, os corpos se comunicam energeticamente, e é através desse processo que o contato acontece e a própria relação homem-mundo se dá. Pensando essa energia como movimento, e é no movimento que a relação acontece, pode-se entender o contato como uma sensação experienciada.

Schillings (2014) discorre que o homem está sempre em contato com o mundo, seja para a realização de suas necessidades biológicas, seja para a satisfação de suas necessidades emocionais. A autora complementa que para haver o contato é preciso que algo apareça na fronteira (entre sujeito e ambiente) e mobilize o organismo. No ciclo do contato, primeiramente, o sujeito é impactado por uma sensação ou excitamento, que representa a fase do pré-contato, a partir da qual ocorre o contato em si e se forma uma figura (representação da necessidade do organismo). Uma vez com figuras claras, o organismo busca satisfazê-las a partir das possibilidades oferecidas pelo meio ou com seu próprio potencial. Tendo a necessidade sido satisfeita, a Gestalt se fecha, demarcando a etapa do pós-contato, fase de assimilação de experiências e nutrição do organismo (Ribeiro, 2017).

Alvim (2016) expõe que é no processo de contato que formas espontâneas são geradas. Tais formas podem ser entendidas como sentidos para aquela situação específica. Normalmente, são expressas corporalmente com gestos, expressões faciais, na fala etc. A autora continua e afirma que cada forma é uma configuração, provisória, que se dá pela interação naquela experiência. Até que outra novidade ou diferença surja e a forma se configure ou mude novamente. Ribeiro (2017) completa que o contato se apresenta como uma energia transformadora que dá sentido à realidade.

Esse movimento acontece ao longo do ciclo vital e é através do processo de contato que as pessoas vão criando e armazenando

experiências, movimentos, gestos, formas, para, então, dar conta das necessidades e demandas internas e do mundo, assim como a aquisição de habilidades e seu desenvolvimento psicossocial. Perls, Hefferline e Goodman (1997) propõem que o sujeito se constitui através do processo de contato. Sendo este a energia mobilizadora que impulsiona o organismo na criação de novos ajustamentos. Essa mobilização desorganiza o organismo, que busca retornar ao equilíbrio.

Essa tentativa de retomar ao equilíbrio é nomeada de ajustamento criativo (Perls, Hefferline & Goodman, 1997). Essa capacidade criadora é uma característica da natureza humana, constantemente aprimorada ao longo da vida. Quanto mais o indivíduo puder lidar com as situações que se apresentam, de forma satisfatória, maior é a capacidade criadora e em melhores condições o seu desenvolvimento acontece. Essa busca por satisfação é nomeada pelos autores como autorregulação organísmica, que é a tendência do organismo a retomar o equilíbrio através do processo de contato e dos ajustamentos criativos satisfatórios.

Cardella (2014) faz uma interlocução da Gestalt-Terapia com a poesia de Juan Jimenez, que de modo simplista explica que uma criatividade que ajusta e um ajustamento que cria polaridades interrelacionam e compõem a totalidade. A totalidade representa o sujeito em suas diversas características, formando um todo. Sendo assim, a autora reforça que é a partir do processo de criação de ajustamentos que o sujeito se molda e se constitui. E ajustar-se criativamente é, também, colocar sua marca nos acontecimentos da vida, personalizando-a, modificando e atualizando as potencialidades na interação com o mundo. "Todo contato é ajustamento criativo do organismo e ambiente" (Perls, Hefferline & Goodman, 1997).

Antony (2007) afirma que o desenvolvimento humano é um processo contínuo de ajustamentos criativos impulsionados pela capacidade de autorregulação organísmica. Aguiar (2015) complementa

que a Gestalt possibilita uma compreensão do desenvolvimento humano que ultrapassa a dicotomia orgânico/natural e o social/normativo, considerando a possibilidade da coexistência de regularidades resgatando o caráter de sujeito global, social, histórico e cultural. A proposta é de um sujeito em contato, contínuo e infinito, com o seu campo que vai moldando gradativamente a sua história.

Em contradição com o descrito, pode acontecer de a pessoa não conseguir lidar com a situação, não fazendo ajustamentos criativos satisfatórios ou até provocando mais perdas do que ganhos. Nesse caso, como defendido por Schillings (2014), existe indisponibilidade na forma criativa de viver e o contato está interrompido ou bloqueado, o que configura em um funcionamento não saudável. Perls, Hefferline e Goodman (1997) definem esse funcionamento como estrutura de contato que se caracteriza por um excesso de atenção à figura dominante, em que o contato é evitado ou bloqueado e a situação não pode passar de maneira flexível para outra. O que os autores nomearam de funcionamento neurótico.

Como o contato é bloqueado ou evitado no funcionamento neurótico, a personalidade é constituída por características de um eu/não eu. Uma personalidade confusa impede que o sujeito se perceba em sua essência e que se diferencie dos outros e do meio no qual está inserido. Para Perls (1988), essa confusão da identificação é de fato a neurose, que se apresenta através dos mecanismos de resistência e que caracteriza a desintegração da personalidade e as ações contraditórias aos sentimentos e pensamentos.

Se a neurose se constitui a partir de "más" identificações e um contato enfraquecido, pode-se entender que a saúde se dá como produto de "boas" identificações e de um processo de contato livre de interrupções. Pode-se definir que a proposta de saúde na perspectiva da Gestalt-Terapia se caracteriza pelo processo de contato, que acontece a partir de identificações que promovam satisfação e

preenchimento ao sujeito. Tais identificações devem possibilitar que o sujeito use de sua relação com o mundo a fim de modificá-lo a seu favor e consiga satisfazer suas necessidades físicas, emocionais e sociais respeitando suas fronteiras de modo fluido e ininterrupto.

Fundamentada nessa compreensão organísmica, a teoria gestáltica amplia para uma leitura de campo segundo uma perspectiva fenomenológica, o que permite pensar o campo como esse fluxo de experiências intersubjetivas e intercorpóreas (Belmino, 2020). Este é o motivo pelo qual será referido neste capítulo a ideia de campo a partir da ideia da relação campo/organismo. Então, ao descrever e problematizar os sujeitos, fica clara a impossibilidade de compreendê-los fora de seu campo relacional. Agora, como se dá essa relação tendo como parte significativa do campo a Internet e as redes sociais?

Nos dias de hoje, tem surgido muitos questionamentos acerca do uso da Internet trazer prejuízos às relações humanas (Santaella, 2003). Alguns pensadores sociais, como Bauman (2001, 2004), acreditam que a Internet tem implementado a normatização do distanciamento social, por conta da velocidade de acesso às informações. O autor nomeia esse fenômeno como liquidez das relações. Ele adere a esse termo como metáfora para representar a constante mudança de "estado" que a sociedade vem passando.

Bauman (2004) defende que pensar as relações humanas como relações fluidas ou relações líquidas representa com fidedignidade o novo modelo relacional proporcionado pela Internet. Modelo este com caráter descartável. As relações virtuais parecem ter sido feitas "sob medida para o líquido cenário da vida moderna" (Bauman, 2004, p. 12). O sociólogo continua: "diferentemente dos relacionamentos reais, é fácil entrar e sair dos relacionamentos virtuais. Em comparação com a 'coisa autêntica', pesada, lenta e confusa, eles parecem inteligentes e limpos, fáceis de usar, de compreender e de manusear" (Bauman, 2004, p. 13).

Em seu documentário *The Social Dilemma*, Rhodes e Orlowski (2020) convidaram personalidades, diretores das principais empresas de telecomunicações, sociólogos e psicólogos para falar sobre as redes sociais e o impacto destas na vida das pessoas. Apesar dos inúmeros benefícios que as telecomunicações trouxeram para o mundo, como poder se conectar a qualquer hora e de qualquer lugar, alguns fatores vêm preocupando esses especialistas. O objetivo das redes sociais é ampliar as conexões, porém, até por conta da cultura capitalista, as empresas de telecomunicações criaram uma forma de lucrar com isso.

A proposta de mercado está na apresentação de propagandas e produtos durante o acesso dos usuários, uma vez que são os patrocinadores que pagam por esse serviço, e não os usuários. Acabou se tornando um mercado extremamente lucrativo e as empresas investem em novas tecnologias para "garantir" esse serviço. Os especialistas descrevem um algoritmo de rastreio que capta tudo o que é visto na Internet, com essas informações faz previsões, cada vez mais assertivas, daquilo que as pessoas gostariam de ver em seguida e, com isso, colabora para manter os usuários conectados (Rhodes & Orlowski, 2020).

As pessoas têm como necessidade básica se relacionar, se conectar com outros e com o mundo (visão de homem-mundo gestáltica descrita anteriormente). As redes sociais otimizaram essa conexão entre as pessoas, porém, com o benefício desse novo mercado que visa manter as pessoas conectadas à tela, questiona-se a função atual da Internet e das próprias redes sociais, uma vez criadas como ferramentas para socialização e comunicação. Nessa nova cultura virtual vemos o crescente imediatismo e a rapidez da troca de informações. Sendo assim, os relacionamentos virtuais são também rápidos? Ou líquidos como descreveu Bauman (2004)?

Há uma tendência de se entender o virtual como algo irreal ou oposto à realidade. Porém, Lévy (2008) entende que apesar de ainda não ser possível colocar o virtual em uma coordenada espaço-temporal, ele é real. Segundo o autor, o virtual existe sem estar presente. Pelos pressupostos da teoria gestáltica é possível propor o ciberespaço como um lugar de encontro, como campo relacional, lugar este em que a interação homem-mundo se dá. Silveira (2021) define que o aparelho tecnológico conectado à Internet é a ponte que liga pessoas, pois para além das telas, há alguém com quem se pode interagir e nesse campo o contato acontece.

"O campo é interativo, determinado pelas forças atualmente presentes" (Yontef, 1998). A ideia de campo em Gestalt-Terapia amplia para além do geográfico, o valor está na relação. O campo é a experiência em si. Belmino (2020) expõe que a base da abordagem gestáltica é uma profunda compreensão acerca da experiência, ou seja, defende a importância da relação. Sendo assim, independente de "onde" a relação se dá, o mais relevante é o "como" essa relação está sendo experienciada pelo sujeito.

Basso (2016) defende que o campo virtual e as redes sociais apresentam um potencial significativo de contato. Se tem contato, tem relação. Frazão (2016) complementa que os relacionamentos virtuais ampliam as possibilidades de interação entre as pessoas, a troca de informações e a manutenção dos vínculos, até com aqueles que se encontram distantes geograficamente. Basso (2016) e Frazão (2016) defendem que tais relações podem proporcionar o contato, porém, questionam a qualidade deste, uma vez que o campo virtual é bem diferente do presencial.

Os sentidos, como audição e tato, ampliam a possibilidade de contato. Alvim (2016) defende o valor da corporeidade no processo de contato. Frazão (2016) questiona se a percepção e as sensações mediadas pelas redes são autênticas ou se ficam no imaginário. Que

corpo é esse que se coloca na relação virtual? As mensagens de texto e, também, os *emoticons* podem expressar os sentimentos e emoções a fim de que a outra pessoa entenda o que está sendo dito. Destaca-se que no campo presencial se tem a vivência para além da fala, como olhares, cheiros, toques, elementos que ampliam a própria experiência do contato.

Existem semelhanças entre as relações presenciais e as virtuais, dado que em ambas se pode observar o ciclo do contato ocorrendo, o fundo de vividos e as experiências pessoais dão sentido às figuras e o contato pode ocorrer em maior ou menor grau de consciência (Frazão, 2016). A diferença está no campo. As redes sociais oferecem outras formas de relação, outras experiências, ampliam o grupo social (já que se pode estar conectado com o mundo todo), então, pode-se sugerir que é um novo formato de relação.

Basso (2016) descreve que além de um contato funcional, a Internet também é um campo fértil para ajustamentos de evitação de contato. Entrar na rede social e "rolar o *feed*", às vezes por horas, pode se configurar em ajustamentos para evitar o enfrentamento de demandas, sejam emocionais ou do campo. Hoje, as redes sociais funcionam com o objetivo de capturar a atenção do usuário para que ele se mantenha conectado. Esse reforço atua como alimento para esses ajustamentos de evitação, pois contribuem para que a pessoa passe mais tempo conectada. O que pode reforçar o ajustamento neurótico e o adoecimento do organismo.

Nicolaci-da-Costa (2002b), por outro lado, acredita que essas críticas à Internet não se aplicam na prática. Para a autora, o campo virtual é, também, um espaço para o desenvolvimento das relações humanas, já que permite que as pessoas se conheçam, mantenham contato, conversem e se conectem, independente da distância geográfica, ou seja, a Internet propicia a aproximação de seus usuários. Essa posição, defendida pela autora, sustenta que é possível criar

relações significativas no campo virtual; indo na contramão de outros autores que defendem que as relações humanas atravessadas pela Internet perdem a afetividade (Bauman, 2004).

Com base nos pressupostos da Gestalt-Terapia defende-se uma correlação básica entre o organismo e o meio em que se dá pelo movimento de criação e adaptação do organismo (ajustamentos criativos). Buscou-se compreender o campo ou ambiente para além do geográfico, pensando-o como o próprio fluxo de vividos intersubjetivos (aquilo que é do sujeito), aqueles experienciados nas suas relações com o meio e do contexto histórico-social que está inserido. Sendo assim, está sendo defendido que o campo é a experiência em si e que o ciberespaço ou campo virtual pode ser considerado um ambiente propício para as interações.

A proposta de saúde defendida pela Gestalt-Terapia é descrita por um funcionamento equilibrado do organismo, ou seja, de um ciclo de contato sem interrupções, com a formação de figuras claras e, por fim, tendo as necessidades sido atendidas de forma satisfatória. O contato se dará na relação sujeito-ambiente, e não se pode mais negar que as redes sociais e a Internet em si são uma parte significativa desse campo no qual o sujeito se relaciona, aprende e se desenvolve. E como partes do campo, não cabe mais as críticas sobre seus malefícios, mas sim, discutir o tipo de relação que está sendo experienciada.

Acredita-se que, por ainda ser um campo em desenvolvimento, a Internet e as redes sociais se moldam de acordo com as necessidades de seus usuários. Sendo assim, cada vez mais será necessário o investimento em estudos e pesquisas para se compreender as formas de relacionamentos possíveis nessas plataformas e os impactos possíveis na constituição dos sujeitos.

***

Discutir se a Internet domina o homem, ou vice-versa, é de certa forma separar o todo das partes, como se afirmasse uma dicotomia entre natureza e cultura, ou mais especificamente, uma diferença entre homem e mundo. Perls, Hefferline e Goodman (1997) defendem que há uma correlação básica entre o organismo e o meio, e que esta se dá pelo processo de contato. Essa teoria, acrescida de uma leitura fenomenológica, buscou compreender o campo da experiência para além do entendimento do organismo, possibilitando pensá-lo como esse próprio fluxo de vividos intersubjetivos e experienciados nas relações (Belmino, 2020). Acredita-se que o campo é a experiência em si.

Não tem como pensar o homem sem considerar a sua relação com o mundo. Então, entende-se que a cibercultura participa do modo como o homem vive a sua relação no campo, entende-se, também, que as redes sociais se apresentam como maneiras de se estar no mundo. A Internet, nesse contexto atual, está em constante constituição com o próprio sujeito, como parte do mundo e parte da cultura. Assim, para se discutir a saúde dos sujeitos nessa relação, é preciso compreender que a Internet e suas tecnologias são parte da dimensão social. Acredita-se que não cabem mais críticas acerca dos benefícios e malefícios da Internet, e sim, o entendimento de que ela é parte integrante do campo relacional e contribui para as relações interpessoais.

Existem posições otimistas e pessimistas acerca da influência das redes sociais na vida das pessoas. As posições otimistas entendem que ela pode trazer benefícios para as relações humanas, como facilidade de aproximação e contato, comodidade, também proporcionar ferramentas capazes de reduzir o esforço e otimizar o tempo na execução de tarefas, entre outras. Entretanto, as posições pessimistas afirmam que as redes sociais podem distanciar as pessoas, pois elas

tendem a passar mais tempo em tela do que em contato interpessoal presencial (Santaella, 2003).

Ambas as posições trazem pontos relevantes para a discussão, entretanto, Santaella (2003) aponta que há uma terceira perspectiva que considera uma posição cética sobre esse fenômeno. Uma vez que, a própria Internet ainda se encontra em desenvolvimento, não é possível prever o quanto ela pode realmente influenciar e moldar a vida das pessoas. Sendo assim, para a autora, os posicionamentos positivos e negativos acerca do tema e do futuro da sociedade virtual são meras especulações.

Claramente as redes sociais envolvem necessidades básicas de aprovação social, autoestima e senso de pertencimento (ou identidade), necessidades estas extremamente importantes para os sujeitos. Tais necessidades podem incentivar e influenciar o tempo e modo de uso das redes sociais. Os usuários das redes sociais podem não perceber uma negatividade nessa forma de se relacionar, uma vez que crescem cada vez mais inseridos nesse meio e tendo estas como base para suas relações. Para eles, a Internet os aproxima, os conecta.

O ponto de discussão não é mais a relevância da Internet e das redes sociais, mas sim o entendimento de que estas formaram e fazem parte da ("nova") cultura em atividade, a cibercultura. Por isso, precisa-se trazer para a discussão a relação das pessoas com as redes sociais e suas tecnologias. Como elas estão vivendo essa crescente demanda de informações? Como elas estão se relacionando com seus pares a partir desses mecanismos? Como é para elas estar nas redes sociais?

Promover a saúde não é apenas combater as disfuncionalidades, mas também apresentar discussões para que as pessoas revejam suas formas de ser no mundo e se estas estão alinhadas com suas necessidades, promovendo ajustamentos criativos funcionais e boas relações. Como a Internet e as redes sociais estão naturalmente

inseridas no campo, as pessoas podem não considerar outras formas de socialização ou até mesmo deixar de questionar como estão se relacionando e se estas relações estão sendo nutritivas.

Com isso, conclui-se que pensar em promoção de saúde através da visão gestáltica é entender, primeiro, as relações. Nesse sentido, a Psicologia precisa cada vez mais se debruçar em estudos sobre as relações humanas atravessadas pelas redes sociais. Infelizmente, este ainda é um fenômeno novo e pouco estudado pela área, mas acredita-se que este capítulo tenha contribuído para a ampliação da discussão acerca do tema, a fim de compreender as relações virtuais a partir de suas vivências e interações histórico-culturais.

Referências

Aguiar, L. (2015). *Gestalt-Terapia com crianças: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Summus.

Alvim, M. (2016). O lugar do corpo e da corporeidade na Gestalt-Terapia. In: Frazão, L. M., & Fukumitsu, K. O. (Orgs.). *Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-Terapia*. São Paulo: Summus.

Antony, S. (2007). A criança em desenvolvimento no mundo: um olhar gestáltico. *Revista IGT na Rede*, 3(4).

Basso, F. (2016). Reflexões sobre a internet à luz da Gestalt-Terapia. *Revista IGT na Rede*, 13(25), p. 273-297.

Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Bauman, Z. (2004). *Amor líquido: sobre a fragilidade das relações humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Belmino, M. C. (2020). *Gestalt-Terapia e experiência de campo: dos fundamentos à prática clínica*. São Paulo: Paco.

Calazans, J., & Lima, C. (2013). *Sociabilidades virtuais: do nascimento da internet à população dos sites de redes sociais online*. Trabalho apresentado no GT de História da Mídia Digital, integrante do 9º Encontro Nacional de História da Mídia. Ouro Preto.

Cardella, B. (2014). Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. In: Frazão, L. M., & Fukumitsu, K. O. (Orgs.). *Gestalt-Terapia: conceitos fundamentais*. São Paulo: Summus.

Castells, M. (2008). *A sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura.* São Paulo: Paz e Terra.

Ferraboli, C. R., & Groth, C. I. (2011). Entre o real e o virtual: análise da sociabilidade vivenciada nos relacionamentos *à* distância e presenciais. *Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação*, 1, p. 1-25.

Ferreira, C. (2011). Redes sociais de informação: uma história e um estudo de caso. *Perspectivas em Ciência da Informação*, 16(3), p. 208-231.

Frazão, L. (2016). Virtual e presencial: relações, afeto e contato através da internet. *Revista de Gestalt*, 21, p. 53-59.

Fukumitsu, K. (2013). O método fenomenológico em pesquisa gestáltica. In: Frazão, L. M., & Fukumitsu, K. O. (Orgs.). *Gestalt-Terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas*. São Paulo: Summus.

Gibson, W. (1984). *Neuromancer.* London: Happer Collins.

Lemos, A. (2007). *Cibercultura: tecnologia e vida social contemporânea.* 4. ed. Porto Alegre: Sulina.

Lévy, P. (2008). *Cibercultura.* 7. ed. São Paulo: Editora 34Ltda.

Lévy, P. (2011). *O que é o virtual?* 2. ed. São Paulo: Editora 34Ltda.

Nicolaci-da-Costa, A. M. (2002a). Revoluções tecnológicas e transformações subjetivas. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 18, p. 193-202.

Nicolaci-da-Costa, A. M. (2002b). Internet: a negatividade do discurso da mídia versus a positividade da experiência pessoal. *Estudos em Psicologia*, 7(1), p. 25-36.

Paiva, N., & Costa, J. (2015). A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça? *O portal dos psicólogos.*

Perls, F. (1988). *A abordagem gestáltica e testemunho ocular da terapia.* Rio de Janeiro: LTC – Livros técnicos e científicos Editora S.A.

Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1997). *Gestalt-Terapia.* São Paulo: Summus.

Rehfeld, A. (2013). Fenomenologia e Gestalt-Terapia. In: Frazão, L. M., & Fukumitsu, K. O. (Orgs.). *Gestalt-Terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas*. São Paulo: Summus.

Rhodes, L. (Producer)., & Orlowski, J. (Director). (2020). *The Social Dilema.* EUA: Netflix.

Ribeiro, P. (2017). *O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica.* 7. ed. São Paulo: Summus.

Santaella, L. (2003). *Culturas e artes do pós-humano: da cultura das mídias à cibercultura.* São Paulo: Summus.

Schillings, A. (2014). Concepção de neurose em Gestalt-Terapia. In: Frazão, L. M., & Fukumitsu, K. O. (Orgs.). *Gestalt-Terapia: conceitos fundamentais*. São Paulo: Summus.

Silveira, A. (2021). O vínculo que ultrapassa telas: a relação psicoterapêutica com adolescentes no atendimento on-line. In: Brandão, C. L., & Zanella, R. (Orgs.). *Psicoterapia on-line infantojuvenil em tempos de COVID-19*. Curitiba: Juruá.

Yontef, G. M. (1998). *Processo, diálogo e awareness: ensaios em Gestalt-Terapia*. 3. ed. São Paulo: Summus.

CAPÍTULO 3

Pais e filhos nas compras

Alexandre Rodrigues Sena

A facilidade de fazer compras com uma sequência de "cliques" nos smartphones demonstra o quanto as famílias estão expostas ao consumo fácil e, por tantas vezes, supérfluo. Este cenário propicia um terreno fértil para o desenvolvimento da crença materialista. Neste caso, os bens de consumo se tornam fontes de *status* e felicidade.

De acordo com a Psicologia do Desenvolvimento, as crenças e atitudes dos pais funcionam como modelo para direcionar o comportamento dos filhos. A partir desta premissa, muitos cuidadores se tornam potenciais transmissores das próprias crenças materialistas aos filhos. A utilização de bens materiais para compensar necessidades pessoais e interacionais pode prejudicar o bem-estar durante o desenvolvimento do indivíduo.

Este capítulo propõe uma reflexão a respeito das crenças materialistas que permeiam o ambiente familiar. Pais e filhos podem fazer compras e manter o materialismo distante. Para isso, é necessário desenvolver um sistema de crenças que priorize as metas intrínsecas e satisfaça as necessidades psicológicas inatas como autonomia, competência e relacionamento. Desta forma, os movimentos de clicar no produto desejado ou sair para as compras tendem a encontrar a dimensão e a importância real sem comprometer a saúde psicológica.

Crenças parentais e materialismo

Os primeiros anos de vida são fundamentais para promover o bem-estar psicológico. Por isso, a Psicologia do Desenvolvimento se

deteve, inicialmente, ao estudo da infância e utilizou uma abordagem com ênfase nos aspectos biológicos, familiares e socioculturais. A investigação das demais fases da vida surge após a estruturação teórica formulada por diversos autores acerca dos processos psicológicos da infância.

As especificidades da personalidade do indivíduo e a interação com o contexto em que está inserido contribuem para a formulação das crenças que direcionam as atitudes. O materialismo é uma crença que permeia a sociedade ocidental e, consequentemente, influencia a relação de diversas famílias. Os pais podem transmitir o conceito de que os bens materiais são determinantes para que os filhos acessem a felicidade. Os grupos sociais também são capazes de incentivar o desenvolvimento do materialismo ao preestabelecer um *status* que inclui e exclui indivíduos a partir dos bens que possuem.

Interações sociais

De acordo com Vygotsky (1984), através das interações socioculturais, o ser humano transforma a realidade ao redor e é transformado por ela. O contexto cultural em que o indivíduo está inserido se organiza através de crenças e valores transmitidos pelas inter-relações. Os pais são determinantes no transporte gradativo dos conteúdos socioculturais para os filhos. Esta dinâmica é mediada pelas crenças parentais, elemento fundamental na formação cognitiva da criança. Para compreender as crenças parentais, faz-se necessário identificar o indivíduo como um ser interacional e observar algumas definições de crenças.

Os aspectos socioculturais contribuem para que os pais elaborem conceitos sobre a infância de maneira geral e, especificamente, acerca dos próprios filhos (Keller, 2007). Estes conteúdos são transmitidos aos bebês nos primeiros contatos (Kobarg et al., 2006). A

criança participa ativamente da interação familiar, pois não ocupa apenas uma posição de receptora dos conteúdos culturais. A vivência com os pais e outros grupos sociais possibilita a recriação de crenças e práticas (Lordelo et al., 2000).

A família é o primeiro lugar de interação da criança e o ambiente com maior absorção de crenças. Além das fontes social e cultural, cada família possui crenças específicas e a interação destes conteúdos proporciona características singulares na formação do indivíduo. Os hábitos, mitos, pressupostos, cosmovisões e afetos específicos são vivenciados nesta estrutura interacional básica e singular (Cerqueira, 2011). A qualidade desta dinâmica nuclear depende do quanto o investimento dos pais proporciona saúde física e psicológica aos filhos (Lordelo & Carvalho, 2002).

O processo de interações sociais é dinâmico em todas as suas esferas. Os contextos culturais se transformam, os pais reavaliam e adequam suas crenças intrafamiliares e transmitem aos filhos (Seidl-de-Moura, 2009). Por isso, é importante compreender que existe uma elasticidade capaz de produzir reavaliações e reconstruções que transformam as crenças.

Definição de crenças parentais

A mente humana é organizada a partir de crenças. As atitudes, geralmente, decorrem do sistema de crenças do indivíduo (Seidl-de-Moura, 2009). A formação e possíveis mudanças do sistema de crenças acontecem através da interação familiar e social. Esta dinâmica promove um conjunto de crenças subjetivo e individual (Kobarg et al., 2006). As escolhas, decisões e julgamentos na interação entre pais e filhos revelam as crenças que são implicitamente comunicadas na família.

Algumas definições de crenças podem contribuir para compreender a origem de determinadas atitudes. Para Kobarg et al. (2006), as crenças têm o propósito de promover a mediação entre os valores e as práticas. Goodnow (1996) afirma que crenças são ideias. Para Miller (1988), as crenças resultam dos inúmeros conceitos da realidade acumulados ao longo da vida. Segundo Harkness e Super (1996), as crenças decorrem de teorias étnicas, ou seja, *etnoteorias*. Por último, Ribas (2004) substitui o termo crenças por *cognições*, pois através do pensamento, o indivíduo conhece o mundo, o seu conteúdo e estabelece os seus processos interacionais.

Ao tratar especificamente das crenças parentais, Seidl-de-Moura (2003) afirma que o foco está nos aspectos cognitivos da parentalidade. De acordo com Keller et al. (2003), as crenças parentais possibilitam: a) conceituar o desenvolvimento da criança, a competência dos pais e a definição de sucesso e fracasso; b) estabelecer metas para o indivíduo, a criança e a família; c) contribuir para a formação da personalidade da criança.

Os estudos acerca das crenças parentais precisam abordar pelo menos quatro aspectos: 1) a origem das crenças parentais; 2) a natureza das crenças que os pais possuem em relação à criança; 3) a relação das crenças com as práticas parentais; e 4) as crenças dos pais em relação ao comportamento das crianças (Miller, 1988).

As crenças dos pais podem ser identificadas nos sistemas parentais apresentados por Keller et al. (2003). Estes sistemas estão divididos e organizados da seguinte forma: a) o *cuidado primário* diz respeito aos elementos básicos de sobrevivência como alimentação, proteção e higiene; b) a *estimulação corporal* visa aprimorar o desenvolvimento do corpo para atividade reprodutiva precoce; c) a *estimulação por objeto* insere o bebê no mundo físico, auxilia no progresso cognitivo e diminui a dependência das interações sociais; d) a *troca face a face* estimula o contato visual e o uso da linguagem;

e, por último, e) o *envelope narrativo* envolve a comunicação verbal com a criança (Keller & Chasiotis, 2007). Todos estes meios contribuem para a transmissão de crenças parentais.

O sistema organizado por Harkness e Super (1996) é chamado de nicho de desenvolvimento e está dividido em três subsistemas: 1) o *ambiente físico e social* que está relacionado com o tipo de casa que a criança está inserida e a configuração social da família; 2) o *costume de cuidado* diz respeito ao conteúdo transmitido entre as gerações e está relacionado à infância; 3) as *etnoteorias parentais* que destacam as crenças parentais e a escolha da melhor forma de cuidar. De acordo com Seidl-de-Moura (2009), é através das etnoteorias parentais que os pais promovem o investimento nos filhos transmitindo-lhes crenças sugeridas socialmente.

Definição de valores materialistas

Antes de tratar sobre os valores materialistas, faz-se necessário conceituar valores e distingui-los de crenças. O teórico Rokeach (1981) propôs uma das primeiras e mais importantes definições psicológicas sobre valores. Segundo o autor, os valores podem ser definidos como crenças duradouras que direcionam as atitudes e os objetivos do sujeito. A partir deste conceito, Schwartz e Bilsky (1987) definiram valores como concepções ou crenças acerca dos estados-fins ou comportamentos desejáveis que transcendem situações específicas. Desta forma, os valores podem ser entendidos como crenças consistentes que direcionam as atitudes no dia a dia e diante de diversas situações. A durabilidade e consistência dos valores é o que os distinguem dos demais tipos de crenças.

A formação dos valores ocorre a partir dos fatores hereditários e ambientais (Dhar et al., 2008). Os valores são organizados de acordo com a relevância e têm como finalidade direcionar os objetivos de

vida (Tamayo, 2007). Três necessidades básicas da natureza humana são satisfeitas a partir das crenças: biológica, interação social e manutenção do bem-estar (Schwartz, 2015).

A organização social depende de uma hierarquia de valores. As ênfases na educação, saúde, segurança, consumo, religião e arte, por exemplo, expõem os valores socioculturais de um determinado grupo. A interação de uma pessoa com os contextos socioculturais contribui para a organização dos seus valores (Schwartz, 2015).

Os pais são agentes ativos de socialização e de transmissão de valores. Eles são responsáveis pela elaboração e transmissão de princípios e conceitos essenciais para os filhos. A eficácia deste processo depende da coerência entre o que é ensinado com as condutas efetivas (Pereira et al., 2013).

Os valores materialistas são assimilados a partir das interações sociais (Richins & Dawson, 1992). O indivíduo busca na interação com o grupo as marcas identificatórias que o faz reconhecer-se e ser reconhecido como sujeito do grupo através de um intercâmbio de investimentos. Os valores materialistas são preponderantes em contextos sociais, familiares e individuais com ênfase nos bens materiais como fonte para buscar o sentido da vida (Richins & Chaplin, 2015). Este conjunto central de valores revela a importância das posses para a pessoa e os grupos sociais a que pertence (Richins & Dawson, 1992).

De acordo com Richins e Dawson (1992), os valores materialistas são definidos a partir de três perspectivas: 1) a tendência de julgar o próprio sucesso e das outras pessoas utilizando as posses materiais como critério; 2) a crença de que os bens materiais e a felicidade estão ligados; e 3) a centralidade da aquisição em uma vida de consumo.

Na Psicologia, autores como Belk, Richins e Dawson concordam que o materialismo pode produzir danos psicológicos. Belk

(1985), por exemplo, afirma que este valor é estabelecido como primário e responsável por originar três dimensões de ordem secundária: a possessividade, a falta de generosidade e a inveja. Os valores materialistas estão associados à autoestima baixa, à insatisfação com a própria vida e a um insaciável desejo por renda maior (Richins & Dawson, 1992; Medeiros et al., 2015; Lins et al., 2016).

A absorção dos valores materialistas também depende da especificidade de cada sujeito. Mesmo numa família onde os irmãos são criados na mesma casa, frequentam a mesma escola e participam dos mesmos ambientes sociais, a reação para com o prazer pelo consumo pode ser diferente. No entanto, como mediadores do universo sociocultural da criança, os pais são os responsáveis pela transmissão dos valores e crenças parentais aos seus filhos (Seidl-de-Moura, 2009).

Os grandes centros comerciais, os constantes lançamentos de produtos altamente tecnológicos, os shoppings reluzentes, as lojas exuberantes e os inacabáveis anúncios virtuais simbolizam o interesse e o esforço do mercado em "saciar o apetite" de grupos estruturados no materialismo. De acordo com Lins e Poeschl (2015), a assimilação dos valores materialistas pode promover uma cultura do consumismo. Os grupos sociais que desenvolveram a crença de que o consumo de bens é capaz de produzir bem-estar, aceitação e felicidade são alvos de um elaborado e incisivo mercado movido por metas de venda (Bauman, 2008).

O materialismo na família

O materialismo pode encontrar no ambiente familiar um terreno fértil para se desenvolver. Os conflitos entre os pais, a demonstração de afeto com presentes quando se está ausente, a privação de bens materiais como punição e o próprio modelo parental consumista podem aguçar as crenças materialistas. Diversos estudos e

pesquisas abordam estes temas para investigar a possibilidade de relação entre eles.

Uma pesquisa realizada por Richins e Chaplin (2015) observou se a forma dos pais manifestar carinho na infância poderia interferir no materialismo dos filhos durante a fase adulta. O estudo demonstrou que a elevada utilização de presentes para demostrar o carinho dos pais pelos filhos durante a infância pode torná-los materialistas na vida adulta. A privação de bens materiais como forma de punir os filhos na infância também pode funcionar no sentido de despertá-los para o materialismo nas fases seguintes. Por outro lado, o carinho parental não mediado pelos bens materiais pode fornecer segurança e inibir o materialismo dos filhos.

Uma pesquisa com 2.218 adolescentes britânicos propôs explorar o papel da parentalidade no materialismo dos filhos. O estudo identificou que os conflitos dos pais poderiam produzir valores materialistas nos filhos. Os problemas emocionais e comportamentais dos adolescentes também estavam associados ao materialismo (Flouri, 2004).

A autoestima e o bem-estar psicológico podem contribuir para impedir o despertamento do materialismo. Um estudo com 100 adolescentes nos Estados Unidos concluiu que interações positivas com pais e colegas podem elevar a autoestima e promover suporte emocional. A partir deste processo, é possível regredir o interesse em transformar os bens materiais como fonte de felicidade e *status* (Chaplin & John, 2010).

O estudo realizado por Moschis et al. (2013) revela que os eventos disruptivos na família, enquanto os filhos estão na adolescência, podem promover estresse. A pesquisa com 177 universitários brasileiros não identificou se a separação dos pais pode ter uma relação direta com o materialismo dos filhos. No entanto, as tendências de

consumo compulsivo podem estar relacionadas com o estresse causado pelas interrupções familiares.

Uma pesquisa investigou a percepção com 892 adultos emergentes (18 a 29 anos) brasileiros a respeito do próprio materialismo e dos pais. Os resultados demostraram que muitos filhos percebiam tanto o próprio materialismo como o dos pais. Este estudo também identificou que as crenças materialistas estão relacionadas com os objetivos extrínsecos (Sena, 2019). A ênfase dos objetivos extrínsecos está no sucesso financeiro, na aparência atrativa e na popularidade social (Sheldon & Kasser, 2008).

A crença de que as roupas, assessórios e smartphones precisam ser de determinadas marcas por causa do *status* exemplifica a relação do materialismo com os objetivos extrínsecos nos pais e nos filhos. A pesquisa de Sena (2019), no entanto, demonstrou que os bens de consumo desejados entre os pais e os filhos jovens são diferentes. Os pais se interessam mais pelos bens duráveis como, por exemplo, apartamentos, carros, eletrodomésticos e produtos de grifes. Os jovens estão focados no consumo de bens não duráveis como experiências de viagens, jogos, entretenimentos e produtos tecnológicos. Desta forma, mesmo que pais e filhos sejam equivalentemente materialistas, provavelmente, quando saem às compras frequentam lojas (presenciais ou virtuais) que oferecem produtos diferentes (Sena, 2019).

O consumo de pais e filhos e a saúde psicológica

O materialismo é uma meta extrínseca estimulada pelas recompensas externas e está frequentemente associado a resultados psicológicos negativos na vida (Richins & Chaplin, 2015). Por outro lado, os objetivos intrínsecos estão associados ao funcionamento psicológico positivo e podem contribuir para a prática de um consumo

familiar saudável. À medida que os pais transmitem aos filhos metas intrínsecas como, por exemplo, contribuição à comunidade e relevância dos laços sociais, os valores materialistas podem ser inibidos (Abeyta et al., 2018).

A presença de sentido de vida também pode contribuir para evitar as armadilhas dos valores materialistas. Aliás, a tentativa de utilizar o materialismo como um sentido de vida pode afetar negativamente o bem-estar psicológico (Abeyta et al., 2018; Choi et al., 2017; Goodman et al., 2016; Mead & Willians, 2022).

De acordo com Lin et al. (2021), as pessoas devem desenvolver o sentido de vida a partir de estímulos provenientes de fontes como natureza, obras de artes, músicas, epifania intelectual e espiritual (Lin et al., 2021). Estes objetivos intrínsecos podem produzir uma baixa inclinação para a manutenção dos valores materialistas e, consequentemente, um aumento do bem-estar subjetivo (Zhao et al., 2019). À medida que as metas intrínsecas são prioridades para os pais e transmitidas aos filhos, as compras deixam de funcionar como subterfúgio extrínseco para aliviar alguma angústia, dor ou estresse (Mead, 2022).

O consumo tem um papel importante para o indivíduo e suas interações. Ao investir nos objetivos intrínsecos, pais e filhos podem sair às compras nas lojas físicas e virtuais. Os bens de consumo cumprirão o propósito sem serem utilizados para reforçar valores materialistas capazes de impedir a saúde e o bem-estar na família.

***

A utilização das compras como fonte primordial de felicidade e a necessidade de consumir grifes e marcas para manutenção de um *status* social, sinalizam a presença de materialismo. Os filhos observam a relevância que os bens materiais têm para os pais e, em

alguma proporção, são estimulados a absorver tais crenças. Se os pais entendem que a aquisição de bens materiais é uma fonte importante para o sucesso, provavelmente, os filhos serão incentivados a medir o êxito a partir do poder de compras.

As famílias com metas extrínsecas podem ser férteis para florescer crenças materialistas. As crises ou rupturas da relação conjugal e a constante utilização de presentes como forma compensatória também tendem a desenvolver o materialismo nos filhos. Por isso, muitas das vezes que os pais saem às compras com os filhos, a intenção é suprir questões emocionais e não, simplesmente, atender o desejo ou a necessidade de adquirir um produto.

O mercado voraz sustentado por uma megaestrutura de *marketing* divulga uma infinda rede de produtos para saciar o desejo voraz de pais e filhos que acolheram as crenças materialistas. As plataformas *e-commerce*, as lojas e os *shopping centers* facilitam o máximo para que o desejo dos clientes seja realizado através de inserções constantes nas mídias digitais e propagandas em canais convencionais como televisores e rádios.

A verdade é que o materialismo não é capaz de suprir as necessidades psicológicas das pessoas. Desta forma, utilizar as compras como um recurso para tratar de questões mais profundas da *psique* humana tende a ser ineficiente, frustrante e insaciável. É um recurso extrínseco e, definitivamente, impotente para a obtenção da saúde mental e da felicidade.

Os filhos estão atentos ao sentido de vida dos pais e aos objetivos que eles estabelecem. Os valores que satisfazem os aspectos biológico, interacional e promovem o bem-estar podem ser assimilados a partir das primeiras etapas do processo de desenvolvimento. Os pais são os responsáveis pela transmissão das crenças que contribuem com a formação da personalidade da criança. A interação carinhosa e afetiva sem a intermediação dos bens materiais pode ser

um importante caminho para elevar a autoestima e a segurança da criança e, consequentemente, diminuir o materialismo.

A atenção aos sistemas parentais, proposta por Keller e Chasiotis (2007), também pode ser utilizada como fonte inibidora do materialismo nos primeiros anos da criança. O cuidado primário, a estimulação corporal, a estimulação por objeto, a troca face a face e o envelope narrativo oferecem uma proposta interacional entre os cuidadores e os filhos capaz de promover saúde e bem-estar. Os vínculos familiares que decorrem de uma interação interpessoal saudável podem blindar os filhos da exacerbada exposição de bens materiais.

Apesar da intensa pressão de um contexto sociocultural que incentiva e naturaliza as práticas materialistas, as famílias precisam estabelecer metas intrínsecas com ênfase nos valores e crenças que priorizam os relacionamentos e os afetos interpessoais. Há tanta beleza natural a ser explorada, museus e teatros a serem visitados. São tantas causas sociais e humanitárias carentes de contribuição.

De repente, em vez de visitar sites para fazer compras supérfluas, a curiosidade virtual para conhecer ONGs e instituições pode produzir um bem-estar maior e ainda estimular o indivíduo a um engajamento. A mudança esporádica de rota com os filhos para fazer visitas em orfanatos e lares de idosos, em vez de shoppings e lojas, pode produzir a percepção de que, nem sempre, o melhor da vida é ir às compras.

Referências

Abeyta, A.; Nelson, T., & Routledge, C. (2018). Precious time: the role of time and temporal thought in managing death awareness. In: Routledge, C., & Vess, M. (Eds.). *Handbook of Terror Management Theory*. San Diego: Elsevier Academic Press. p. 209-225.

Bauman, Z. (2008). *Vida para consumo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Belk, R. (1985). Materialism: traits aspects of living in the material world. *Journal of Consumer Research*, 12, p. 265-280.

Cerqueira, O. P. (2011). *Crenças parentais, sobre punição física entre os 5-12 anos, numa amostra de pais da província de Benguela/Angola*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Instituto Superior de Ciências da Saúde, Norte, Angola.

Chaplin, L. N., & John, D. R. (2010). Interpersonal influences on adolescent materialism: A new look at the role of parents and peers. *Journal of Consumer Psychology*, 20(2), p. 176-184.

Choi, J., Catapano, R., Choi, I. (2017). Taking stock of happiness and meaning in everyday life: an experience sampling approach. *Soc. Psychol. Pers, Sci*, 8, p. 641-651.

Dhar, U.; Parashar, D. & Tiwari, T. (2008). Profession and habits as determinants of perceived and expected values: and empirical study. *Journal of human values*, 14(2), p. 181-190.

Flouri, E. (2004). Exploring the relationship between mothers' and fathers' parenting practices and children's materialist values. *Journal of Economic Psychology*, 25(6), p. 743-752.

Goodman, J. K., Malkoc, S. A., & Stephenson, B. L. (2016). Celebrate or Commemorate? A material purchase advantage when honoring special life events. *J Assoc Consum Res.*, 1, p. 497-508.

Goodnow, J. J. (1996). From household pratices to parents' ideas about work and interpersonal relationships. In: Harkness, S., & Super, C. M. (Eds.). *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions and consequences***.** New York: Guilford Press.

Harkness, S., & Super, C. (1996). *Parents´cultural belief systems: their origins, expressions, and consequences*. New York: Guilford Press.

Keller, H. (2007). *Cultures of infancy: Heidi Keller's contribution.* Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Keller, H., Lohaus, A., Völker, S., Elben, C., & Ball, J. (2003). Warmth and contingency and their relationship to maternal attitudes toward parenting. *The Journal of Genetic Psychology Research and Theory on Human Development*, 64(3), p. 225-292.

Keller, H., & Chasiotis, A. (2007). Maternal investment. In: Salmon, C., & Shackelford, T. T. (Eds.). *Family relationships: an evolutionary perspective*. New York: Oxford University Press. p. 91-114.

Kobarg, A., Sachetti, V., & Vieira, M. (2006). Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. *Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano*, 16(2), p. 96-102.

Lin, R., Chen, Y., Shen, Y., Xiong, X., Lin, N., & Lian, R. (2021). Dispositional awe and online altruism: testing a moderated mediating model. *Sec. Positive Psychology*, 12.

Lins, S., & Poeschl, G. (2015). O que os adolescentes brasileiros e portugueses pensam quando pensam em comprar? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), p. 71-79.

Lins, S., Poeschl, G., & Eberhardt, A. (2016). Identificando os factores de influência da compra por impulso em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 34(2), p. 147-163.

Lordelo, E., Fonseca, A., & Araújo, M. L. (2000). Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), p. 73-80.

Lorledo, E., & Carvalho, A. M. (2002). *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mead, N. (2022). How the search for meaning impacts consumption: people are not effectively using consumption to lead meaningful lives. *Psychology Today*. Sussex Publishers, LLC. Jul., 4, 2022.

Mead, N., & Willians, L. (2022). Can't buy me meaning? Lay theories impede people from deriving meaning and well-being from consumption. *Current Opinion in Psychology*, 46, p. 1-15.

Medeiros, F., Diniz, I., Costa, F., & Pereira, R. (2015). Influência de estresse,
materialismo e autoestima na compra compulsiva de adolescentes. *Anpad*, 19, p. 137-156.

Miller, S. A. (1988). Parents' beliefs about children's cognitive development. *Child Development*, 59(2), p. 259-285.

Moschis, G. P., Mathur, A., Fatt, C., & Pizzutti, C. (2013). Effects of family structure on materialism and compulsive consumption: a life course study in Brazil. *Journal of Research for Consumers*, 23, p. 66-96.

Pereira, C. R., Estramiana, J. Á., Monter, M. R., & Zlobina , A. (2013). Valores Sociais. In: Camino, L., Torres, A. R. R., Lima, M. E. O., & Pereira, M. E. (Orgs.). *Psicologia Social: temas e teorias.* Brasília: TechnoPolitik. p. 311-355.

Ribas, R. d. (2004). *Cognição de mães brasileiras acerca da maternidade do desenvolvimento humano: Uma contribuição ao estudo da psicologia parental.* Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Richins, M., & Chaplin, L. N. (2015). Material parenting: how the use of goods in parenting fosters materialism in the next generation. *Journal of Consumer Research*, 41(6), p. 1333-1357.

Richins, M., & Dawson, S. (1992). A consumer values orientation for materialism and its measurement. *Journal of Consumer Research*, 19(3), p. 303-316.

Rokeach, M. (1981). *Crenças, atitudes e valores*. Rio de Janeiro: Interciência.

Schwartz, S. H. (2015). Basic individual values: Sources and consequences. In: Sander, D., & Brosch, T. (Eds.). *Handbook of value*. Oxford: Oxford University Press.

Schwartz, S., & Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), p. 550-562.

Seidl-de-Moura, M. L. (2003). *Metas de socialização em mães primíparas em um modelo de cognições e valores parentais*. Documento não publicado. Rio de Janeiro: UERJ.

Seidl-de-Moura, M. L. (2009). Interações sociais e desenvolvimento. In: Seidl-de-Moura, M. L., Mendes, D. M., & Pessôa, L. F. (Orgs.). *Interação social e desenvolvimento*. Curitiba: CRV.

Sena, A. R. (2019). *Pais e Filhos: Trajetórias de desenvolvimento de crenças e valores materialistas*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Sheldon, K., & Kasser, T. (2008). Psychological threat and extrinsic goal striving. *Motivation and Emotion*, 32(1), p. 37-45.

Tamayo, A. (2007) Contribuições ao estudo dos valores pessoais, laborais e organizacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, p. 17-24.

Vygotsky, L. S. (1984). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

Zhao, H., Zhang, H., Xu, Y., He, W., & Lu, J. (2019). Why are people high in dispositional awe happier? The roles of meaning in life and materialism. *Sec. Psychology for Clinical Settings*, 10.

CAPÍTULO 4

Famílias negras e socialização étnico-racial

Claudina Damascena Ozório
Luciana Fontes Pessôa

No presente capítulo, aborda-se a história das famílias negras no Brasil, contextualizando desde a sua formação no período escravista até os dias atuais. As famílias negras aparecem nos estudos historiográficos, enfatizadas pelos pesquisadores desde o período colonial, com a chegada dos primeiros navios negreiros/tumbeiros em terras brasileiras. Desse modo, será apresentado, brevemente, o contexto sócio-histórico em que os africanos foram inseridos no Brasil, formando assim as famílias e a massa populacional negra diaspórica no país. Buscar-se-á apresentar, ainda que de forma limitada, o macrossistema em que esse grupo se encontrava, desde a sua formação no Brasil escravocrata. Ao longo da história, o lugar social do negro foi bem demarcado, o que repercutiu de forma singular na estruturação psíquica desse grupo e, consequentemente, nas relações íntimas estabelecidas no âmbito público e privado.

Posto isto, será exposto alguns autores que apresentam estudos e pesquisas importantes para a compreensão da gênese da família negra em contexto brasileiro, desde os primórdios da escravização, como Freyre (1933/2006) e Samara (1989). Na década de 1980, o historiador Robert W. A. Slenes realizou pesquisas sobre o processo de escravização, cultura africana e afro-brasileira que trouxeram contribuições significativas para a historiografia brasileira desde os seus primeiros trabalhos direcionados para a demografia escrava. O autor introduziu inovadoras e fecundas interpretações em torno dos significados da família escrava e dos seus variados modos de vida,

instigando, assim, antigas e recentes gerações de historiadores e sociólogos a reverem suas percepções sobre o grupo familiar formado por escravizados. Seus estudos sobre a cultura escrava têm contribuído de forma decisiva para a inovação desse tema na historiografia brasileira, possibilitando um olhar atento para a experiência dos escravizados. Slenes (2011) vai de encontro às ideias de anomia, promiscuidade e desorganização da família cativa, apresentando as forças desse grupo no cenário totalmente adverso e violento em que seus membros estavam inseridos. Tais ideias produziram o imaginário social, o que dificultou a mobilidade social das pessoas negras no pós-abolição. Robert Hill (1972) apresenta as forças familiares que possibilitaram aos negros sobreviverem, se adaptarem e avançarem em um ambiente hostil e violento e, Chagas (2014) enfatiza a importância de se ver os negros como agentes históricos, pois construíram formas de sobrevivência ao longo da história de modo a manter o seu próprio grupo.

Pode-se, então, perceber que os processos historiográficos, econômicos e sociais trouxeram especificidades para esse grupo familiar, atravessado pela cor de pele como demarcador das relações. Desse modo, ficam alguns questionamentos: como esse fato pode interferir, nos dias atuais, no processo de socialização dos indivíduos pertencentes a esse grupo racial? Quais mensagens de socialização étnico-racial são utilizadas dentro das famílias que pertencem a esse grupo racial?

Diante dessas indagações, pretende-se discorrer sobre socialização étnico-racial em famílias negras. Busca-se, então, apresentar alguns aportes sobre socialização étnico-racial, como é entendido em diferentes contextos, e como e se as famílias negras lidam com as questões raciais no ambiente doméstico, enfatizando quais mensagens de socialização étnico-racial são promovidas no âmbito familiar. Para tanto, será apresentado alguns aportes teóricos sobre

interseccionalidade das pesquisadoras Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge, e sobre identidade, do sociólogo Stuart Hall, na tentativa de ampliar o entendimento sobre as complexidades presentes na socialização étnico-racial, especialmente os conteúdos das mensagens direcionadas para os filhos e para as filhas. Tentar-se-á, ainda, apreender como e, se, os pais afrodescendentes preparam os filhos para a socialização e se percebem as barreiras raciais impostas pela estratificação racial, racismo, preconceito e discriminação.

De acordo com Brito (2013), ainda são poucos os estudos que enfatizam como se dá a socialização em famílias negras, tendo como resultado uma lacuna teórica relacionada a um tema tão importante. Acredita-se que pesquisar sobre socialização étnico-racial nas famílias negras pode auxiliar na compreensão das possíveis repercussões desse processo na construção da identidade e no desenvolvimento da *psique* e do *self* dos indivíduos negros.

Contextualizando as famílias: Da família cativa às famílias negras

A família é onde a socialização se inicia e, "quando pensamos em socialização, não podemos perder de vista o fato de que todos os indivíduos que participam de uma vida social recebem, em maior ou menor grau, influências socializadoras, e, por isso, são mais ajustados, ou menos, aos padrões da sociedade em que vivem" (Barbosa, 1983, p. 51). É nesse contexto que o indivíduo receberá as suas primeiras informações sobre si, sobre o outro e sobre o mundo. Porém, as famílias negras possuem peculiaridades advindas do sistema histórico-social e cultural que as atravessará de forma muito particular. De acordo com McGoldrick (1995), a etnicidade deve ser levada em consideração para se compreender os modos de funcionamento da família, sendo importante observar a definição de cada indivíduo sobre família. Segundo a autora, as famílias negras tendem a ter

uma definição mais ampla sobre família, pois envolvem uma rede de cuidado mais ampla, incluindo a comunidade, amigos de longa data e parentes. É possível associar esse modo de funcionamento das famílias negras, com rede de apoio ampliada, a resquícios de sua sócio-história.

Em análises historiográficas sobre a família negra no Brasil, a pesquisadora Eni de Mesquita Samara (1989) relata que o interesse pela temática começa a crescer entre os pesquisadores da historiografia no Brasil, especialmente entre os demógrafos historiadores, na década de 1980. Até então, era analisada por antropólogos e sociólogos como Gilberto Freyre, em seu trabalho pioneiro sobre a família patriarcal brasileira em *Casa Grande e Senzala*, em 1933. A história do negro surge mesclada à do europeu e do indígena na narrativa de Freyre (1933), sendo parte fundamental para a manutenção do sistema colonial que dependia economicamente de mão de obra escrava. É do lugar de escravo que se inicia a trajetória do africano/negro em terras brasileiras "aportuguesadas".

No artigo *A história da família no Brasil*, publicado em 1989 na Revista Brasileira de História, Eni de Mesquita Samara apresenta estudos empíricos da historiografia até os anos 1980, especialmente dedicados à família e grupos de convívio. A autora faz uma linha do tempo em que um conjunto de artigos, resenhas bibliográficas, levantamentos, teses, dissertações e notícias fazem parte do seu trabalho. Em 1989, Eni de Mesquita Samara foi organizadora da Revista Brasileira de História, cujas temáticas eram direcionadas para a família e grupos de convívio, sendo esse o título da revista. O objetivo da série de artigos publicados, junto a outros autores, foi apresentar a pluralidade em torno da família, compreendendo as mudanças ocorridas ao longo do tempo, especialmente no que tange a seu papel e as alterações na estrutura social. Introduzindo, assim,

a temática da história da família no Brasil e contribuindo para uma revisão crítica da sociedade brasileira.

Samara (1989) foi considerada pioneira no avanço dos estudos da família e das relações de gênero na área de demografia histórica brasileira, tendo como base fontes primárias, manuscritas e impressas para a sua pesquisa. Ela buscou, nos documentos históricos, registros que pudessem descrever sobre uniões estáveis e casamentos entre os cativos. Com isso, a historiadora apresenta uma visão mais abrangente dos estudos disponíveis sobre a família negra, em especial a família escrava, compostos por artigos e apresentações em congressos da época. De acordo com seus achados, foi possível observar, através de dados estatísticos presentes nos documentos históricos, que mesmo submetidos às violências do sistema escravista, uniões estáveis e casamentos poderiam acontecer entre os cativos. A visão deturpada de promiscuidade do comportamento sexual dos escravizados orientou os trabalhos apresentados pela autora, sendo esse o fio condutor de sua pesquisa, suscitando múltiplas questões, tais como:

> Pode a família escrava existir no contexto da escravidão? Quais as fontes disponíveis para um estudo a respeito do assunto? Como se organizou essa família durante o ciclo de vida do sistema? Qual a proporção de uniões legítimas nesse grupo, se considerados os escravos de ambos os sexos? Quais as possibilidades de manutenção dessas uniões legítimas ou não? (Samara, 1989, p. 29)

Tais questionamentos reverberam ainda nos dias atuais, se pensarmos a constituição familiar dentro do macrossistema social, construído sumariamente no colonialismo que inseriu os africanos em contexto brasileiro de subalternidade através do processo de escravização. Esses resquícios ainda estão presentes no cenário brasileiro do século XXI e, consequentemente, possuem reverberações nos moldes de se relacionar das famílias negras. Porém, quais reverberações seriam essas

e como se dão? Quais possibilidades relacionais se ampliaram para os membros familiares nesse novo contexto social brasileiro?

A pesquisa de Slenes (2011) tenta romper com o imaginário social construído no período escravista sobre a família cativa, crença que se perpetuou ao longo das gerações. Através do método de investigação nominativa ou "ligação nominativa" de fontes, o autor demonstra que havia, nas fazendas maiores, laços duradouros nas famílias cativas nuclear e extensa, apesar da intervenção do mercado de escravos. Nos arquivos senhorais foi possível encontrar cartas trocadas entre cativos separados, seja por venda ou por migração do proprietário. Isso mostra que havia relações afetivas e de parentesco entre os cativos, mesmo em situação de propriedade.

Chagas (2014) chama a atenção para o papel amalgamado do escravizado dentro da família colonial/patriarcal, trazendo a visão negligenciada da família escrava na historiografia tradicional até a década de 1970. Com a revisão historiográfica sobre a família escrava, na década de 1980, os escravizados puderam ser percebidos como agentes históricos, possibilitando maior entendimento e conhecimento sobre as resistências, lutas e estratégias de sobrevivência no cativeiro como associação em grupos, alforrias, laços familiares, compadrios, fugas, formação de quilombos, casamentos com parceiros libertos etc. A autora ressalta a importância da família escrava como fonte de resistência cultural, de solidariedade e de sobrevivência, sendo os laços familiares estabelecidos pelo casamento. Assim, os moldes da sociedade escravocrata reverberaram nos modos de vida das famílias negras, seja para o casamento e formação de família, seja na vida dos solteiros, sejam homens ou mulheres.

Em recente estudo sobre famílias negras nos EUA, publicado pela Organização de Pesquisa Child Trends, Lloyd et al. (2022) buscam compreender de forma mais aprofundada sobre a diversidade das famílias negras, contextualizando as suas experiências dentro dos

sistemas e instituições, produzindo evidências para construir políticas e práticas que promovam o bem-estar dessas famílias no século XXI. Para a realização da pesquisa, as autoras definiram a família negra como "um grupo em que haja pelo menos um adulto autoidentificado negro" (grifo nosso) (Lloyd et al., 2022), sendo que os adultos deveriam assumir a responsabilidade (econômica, social e emocional) pelo bem-estar dos filhos. As autoras enfatizam a importância da unidade familiar para a comunidade negra nas Américas, visto que esse grupo foi capturado no continente africano e escravizado nos Estados Unidos, sendo essa unidade familiar um ponto de força importante. Alguns elementos foram centrais para a sustentação e apoio dessas famílias, sendo protetivos para a sua manutenção ao longo do tempo, como por exemplo: valores culturais, tradições e práticas, nomeados pelas pesquisadoras como bens culturais ou simplesmente bens. Assim, a família extensa e a rede social de apoio, a religiosidade e a espiritualidade, o otimismo e a flexibilidade de papéis são considerados bens culturais, porém, não se limitam a esses bens, podendo haver outros. Em busca de compreender como as famílias negras utilizam e aplicam seus bens culturais, as autoras destacam a vida da família negra na história e na contemporaneidade, levando em consideração que o contexto americano é sistematicamente racista e mutante. Além disso, elas acreditam que a união das forças e recursos do setor filantrópico, dos pesquisadores e da administração pública, federal, estadual e local pode auxiliar no avanço e na expansão das políticas que lutam contra o racismo estrutural e apoiam o bem-estar das famílias negras. Tais políticas tornam-se urgentes, especialmente quando se leva em consideração o contexto histórico em que essas famílias foram inseridas na sociedade, principalmente nas Américas, e a continuidade da colonialidade, ainda nos dias atuais.

No caso brasileiro, ideias eugenistas da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), criada em 1923 (Seixas et al., 2009), e o racismo

científico, somados à recepção de imigrantes europeus no país e à política de embranquecimento social promovida pelo Estado (Moura, [1988] 2019; Pereira, 2001), dificultaram ainda mais a sobrevivência das famílias negras no pós-abolição. Ademais, colaboraram para a proliferação da visão negativa das famílias negras, como patologia, promiscuidade, "anomia social" e desorganização (Slenes, 2011; Fernandes, 2008; Giacomini, 2006), inserindo-as em situação de pobreza e de vulnerabilidade social. Para Chagas (2014), essas percepções revelam que ainda há na atualidade uma imagem estereotipada da família negra, via desqualificação do seu modo de vida familiar.

Esse funcionamento social permaneceu após a década de 1930, intensificando a repressão sobre a população negra como proibições de manifestação cultural e religiosa, da capoeira e dos entrudos carnavalescos. Pode-se considerar essas manifestações como bens culturais da população negra, possibilitando algum tipo de vínculo com a sua cultura originária, como enfatizado na pesquisa de Lloyd et al. (2022). Com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, surgiram as leis de proteção ao trabalhador, posteriormente, consolidando a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), em 1943, o que possibilitou melhorias na vida da população negra. Porém, fatores sociais como racismo, discriminação e preconceito permaneceram como dificultadores do acesso dessas famílias às condições básicas de sobrevivência, bem como a bons empregos e a salários compatíveis com as qualificações dos negros. Essa situação parece perdurar ainda nos dias atuais, apresentando similaridade com a pesquisa de Lloyd et al. (2022), nos EUA. De acordo com as autoras, as políticas locais, estaduais e federais, tanto formais quanto informais, continuam a sancionar o racismo, a discriminação e a opressão, de forma implícita e explícita. Tais situações enfatizam a necessidade de abordar formalmente as injustiças vividas por famílias negras com filhos e, ao mesmo tempo, compreender os caminhos em que os bens culturais

podem fortalecê-las contra esses desafios. Esses fatos inserem as famílias negras em condições específicas na sociedade, obrigando-as a criarem mecanismos protetivos para seus membros, conforme enfatizado por Barbosa (1983).

Na tentativa de romper com as ideias estereotipadas e preconceituosas proliferadas ao longo da história sobre as famílias negras no sistema escravista, o sociólogo Robert Hill (1972) identificou cinco forças presentes nas famílias negras, como uma "adaptação necessária para sobreviver e avançar em um ambiente hostil" (grifo nosso), sendo mecanismos importantes para manutenção e proteção dos valores e dos membros familiares estimados. Dessa forma, as forças das famílias negras seriam: os fortes laços de parentesco; a forte orientação para o trabalho; a adaptabilidade às regras familiares; a quarta força é uma resposta às necessidades econômicas de parte dos negros de famílias de baixa renda; e a quinta e última força é a orientação religiosa. Desse modo, os estudos do sociólogo vão de encontro à visão de anomia, patologia, sem normas e leis da família negra até então difundida pela literatura vigente.

Diante do presente exposto, podemos associar os bens culturais da população negra às mensagens de socialização étnico-racial transmitidas ao longo das gerações. Talvez, o uso dessas mensagens pode funcionar como estratégia de manutenção da memória ancestral dos negros, de forma a incutir orgulho, ao mesmo tempo em que mantém viva a cultura negra e o legado deixado pelos ancestrais, como uma forma de continuidade desse grupo.

Interseccionalidade e identidade: alguns aportes teóricos

O conceito de interseccionalidade é amplo e heterogêneo, sendo recorrentemente utilizado por atores sociais, fazendo parte da produção intelectual de feministas negras como Patrícia Hill Collins,

Carla Akotirene, Sueli Carneiro, Lélia Gonzales, Bell Hooks, dentre outras. Porém, a sua origem epistemológica e sistematização foi produzida pela jurista norte-americana Kimberlé Crenshaw. Segundo Crenshaw (2002), a interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca apreender como operam as dinâmicas de intercruzamento entre dois ou mais eixos de subordinação. Assim, pretende compreender como os sistemas discriminatórios (racismo, patriarcalismo, opressão de classe e outras formas de discriminação) promovem desigualdades básicas e estruturam lugares e posições dos sujeitos na sociedade.

Nessa perspectiva e com o objetivo de ampliar o conceito de interseccionalidade, nesse tópico, será apresentado, brevemente, o construto teórico desenvolvido por Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2020), no livro *Interseccionalidade*. As pesquisadoras apresentam uma descrição genérica para responder sobre o que é interseccionalidade, um tema amplamente difundido nos círculos acadêmicos e militantes. Para elas:

> a interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. (Collins & Bilge, 2021, p. 16)

Assim, as pessoas utilizam a "interseccionalidade como uma ferramenta analítica para resolver problemas que elas próprias ou gente próxima a elas têm de enfrentar" (Collins & Bilge, 2021, p. 16), como desenvolver estratégias para a equidade e responder a problemas sociais, por exemplo. Elas enfatizam também como o conceito

promove entendimentos mais amplos sobre as identidades coletivas (como por exemplo, a politização da identidade negra e feminina das negras brasileiras e a luta por justiça reprodutiva), e um entendimento complexo das identidades individuais. Estas envolvem distintos contextos sociais, com distintas aplicabilidades para cada contexto, sendo este moldado pelas relações de poder interseccionais. Assim, a identidade pode ser entendida como algo que *se constrói* não como uma essência fixa ou algo que *se tem* a priori.

As autoras apresentam a ideia de simultaneidade que abarca vários aspectos da identidade individual, expandindo esse espaço de subjetividade. Desse modo, os indivíduos não precisam mais fixar a sua identidade, podendo ser ou exercer múltiplos aspectos da mesma, a depender do contexto no qual estão inseridos. Nessa amplitude, o lugar do gênero (masculino e feminino) apresentará mensagens de socialização distintas para meninas e meninos no ambiente familiar e social, o que influenciará na construção da identidade. Porém, vale lembrar que gênero também se amplia, pois tem a ver com identificação e autodeterminação, não se limitando ao masculino e ao feminino, no sentido biológico, com diversas identidades de gênero diferentes como transgênero, gênero neutro, não binário, agênero, pangênero, *genderqueer* etc.

Sobre o conceito de identidade, apresenta-se a exposição sobre a identidade na pós-modernidade de Stuart Hall (2015). O sociólogo desenvolve três concepções sobre identidade, distinguindo-as entre si:

1 – O sujeito do Iluminismo – baseado em uma concepção mais individualista e masculina do sujeito e de sua identidade, em que o indivíduo nasce com a sua identidade que o segue por toda a vida. Nessa concepção a identidade de uma pessoa era considerada o centro essencial do eu.

2 – O sujeito sociológico – apresenta a ideia do sujeito na relação com outros indivíduos importantes para ele, o qual interage

com a sociedade em que vive, esta possibilita a mediação de valores, sentidos e símbolos incutidos no sujeito. Nessa concepção, entre o interior e o exterior, e entre o mundo pessoal e o público, há um espaço que será preenchido pela identidade, formando identidades culturais que suturam o sujeito ao mundo.

3 – O sujeito pós-moderno – é resultado das mudanças estruturais e institucionais que atravessaram as ideias sobre identidade, que mantinham uma conformidade subjetiva alinhada às demandas culturais objetivas e até mesmo o processo de identificação tornou-se variável, provisório e problemático. Assim, o "sujeito, previamente vivido como tendo uma identidade unificada e estável, está se tornando fragmentado; composto não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias ou não resolvidas" (Hall, 2015, p. 12). O sujeito pós-moderno não possui uma identidade fixa e imutável, tornando-se uma "celebração móvel" em constantes transformações nos sistemas culturais, com definição histórica e não biológica. Desse modo, apresenta identidades contraditórias e "diferentes em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um 'eu' coerente" (p. 13).

Hall (2015) enfatiza que o presente exposto é, em alguma medida, simplificações, pois essas concepções são mais complexas e qualificadas. Parte dessa complexidade é apresentada pelas feministas negras Hill Collins e Bilge (2020) quando tratam de interseccionalidade e identidade, pensadas como identidades interseccionais, laços que ultrapassam os debates acadêmicos. Na percepção das autoras, a reconceitualização da identidade e da subjetividade receberam colaborações relevantes da interseccionalidade. Para muitas pessoas, as identidades interseccionais como construção social são utilizadas como espaço de empoderamento individual, o que vai ocorrer de formas diferentes nos diferentes contextos.

Esses constructos permitem pensar sobre as complexidades envolvidas na socialização dos filhos, onde o fator racial perpassa, intercruza e faz mediação nas relações sociais, atravessando o processo de construção da identidade. Devido a isso, talvez seja necessário criar recursos especiais, o que Barbosa (1983) convencionou chamar de "mecanismos especiais" de socialização, como a convivência com crianças pertencentes ao mesmo grupo racial e acesso aos bens culturais, por exemplo. Esses recursos formariam então uma espécie de "cápsula protetora", possibilitando que a criança negra se desenvolva dentro de um microssistema que de algum modo a proteja.

Socialização étnico-racial e mensagens de socialização racial

A socialização étnico-racial é repleta de nuances e complexidades, sendo uma chave importante para as práticas parentais promoverem o desenvolvimento positivo de crianças e jovens negros, uma vez que tais práticas auxiliam a protegê-los de experiências que envolvam racismo. Através de fontes de pesquisas de outros estudiosos, Hughes et al. (2006) fazem uma distinção entre socialização racial e socialização étnica, enfatizando que ambas são formas de transmissão de informações sobre raça e etnicidade dos adultos para as crianças, sendo dois conceitos que se sobrepõem de forma considerável. Desse modo, socialização racial é direcionada ao entendimento das estratégias utilizadas pelos pais afro-americanos para a manutenção da autoestima elevada dos filhos. Os autores também procuraram saber como esses pais preparam seus filhos para entender as barreiras raciais advindas dos sistemas de estratificação racial nos Estados Unidos. Sua conceitualização inclui exposição às práticas e aos objetos culturais, esforços para injetar orgulho e conhecimento sobre os afro-americanos, além de promover discussões sobre discriminação e como lidar com estas, e estratégias para ter sucesso na sociedade

dominante. De outro lado, as pesquisas sobre socialização étnica têm origem nas experiências de imigrantes latinos, asiáticos e (porém, menos frequente) de grupos africanos e caribenhos nos Estados Unidos. O termo é aplicado em pesquisas com grupos étnicos múltiplos, incluindo afro-americanos e abrange o mesmo território conceitual. Nesse caso, perante as pressões do ambiente para se assimilarem à sociedade dominante, busca-se compreender, também, como as crianças fazem a sua retenção cultural, constroem a própria identidade e como se afiliam dentro do grupo.

No Brasil, França e Silva (2021) realizaram uma revisão da literatura sobre socialização étnica desde a década de 1940 até a atualidade. Os autores definem socialização étnico-racial como os recursos utilizados pelos cuidadores para produzir conscientização que envolve pertencer a um grupo étnico-racial, de forma que as crianças possam se proteger e criar estratégias diante do preconceito e do racismo. Sansone (2004) enfatiza a ambiguidade presente nos marcadores étnicos brasileiros a partir dos anos 1930, com a centralização das relações raciais no mito da democracia racial ou da morenidade e enaltecimento do mestiço de pele clara como representante da "raça brasileira". Ele chama a atenção para uma certa informalidade no trato e contato com pessoas de cor e de classes distintas, assim como a ausência de demarcações raciais bem estabelecidas. O pesquisador faz um paralelo com países ditos avançados como os Estados Unidos, em que raça e etnicidade tendem a se estabelecer de formas mais distintas e mais precisas.

Desse modo, o mito da democracia racial turvou a relação dos negros com a sua etnicidade, buscando inclusive formas de apagamento de suas origens de diversas maneiras, como por exemplo, realizando procedimentos estéticos de modo a camuflar a negritude. Além disso, as mensagens de socialização racial direcionaram os corpos negros para a miscigenação e a busca pelo ideal branco,

reforçando ainda mais a busca por formas de apagamento de sua negrura e mecanismos de negação de si. Os desejos, a imagem e as ideias sobre si são direcionados para o mundo branco, interferindo na construção de sua identidade, subjetividade e reconhecimento de si. No prefácio à primeira edição do livro *Tornar-se negro*, da psicanalista Neusa Santos Souza, publicado em 1982, o psicanalista Jurandir Freire Costa discorre sobre esses aspectos. Segundo o autor,

> o ideal do ego do negro, em composição ao que ocorre regularmente com o branco, é forjado desrespeitando aquilo que, em linguagem psicanalítica, denominamos regras das identificações normativas ou estruturantes. Essas regras são aquelas que permitem ao sujeito ultrapassar a fase inicial do desenvolvimento psíquico em que o perfil de sua identidade é desenhado a partir de uma dupla perspectiva: 1) a perspectiva do olhar e do desejo do agente que ocupa a função materna; e 2) a perspectiva da imagem corporal produzida pelo imaturo aparelho perceptivo da criança. (Souza, [1983] 2021, p. 26)

E ressalta que essa é a fase narcísica, imaginária ou onipotente que possibilita a construção da identidade do sujeito. É a fase inaugural em que dará condições mínimas para a inserção do sujeito na ordem da cultura, onde encontram os pares que também funcionam como fonte de referência (Souza, [1983] 2021). É nesse contexto, atravessado por informações distorcidas sobre si, que a criança negra se desenvolverá, sendo constantemente inundada de mensagens de socialização étnico-racial, no geral, negativas.

As mensagens de socialização racial são atravessadas pelo gênero, foi o que demonstrou os resultados da pesquisa de Davis Tribble et al. (2019) sobre socialização racial e gênero. Tais achados indicam que há uma negociação das mensagens de socialização racial de gênero como parte do processo de desenvolvimento. Assim, antes de encontrar um caminho para criar uma definição pessoal para a feminilidade negra, as mulheres internalizam as narrativas negativas

sobre a sua cor de pele e cabelo advindos das pessoas ao seu redor. Algumas delas relataram que há um sentimento contínuo de luta contra essas narrativas. Os relatos dessas mulheres apontam para a interseccionalidade presente em suas experiências, em que no processo de desenvolvimento da identidade há uma interdependência entre gênero, raça e etnicidade.

Com base nisso, é importante ressaltar que a família é considerada o ambiente de socialização primária do indivíduo desde seu nascimento. Ela é a principal responsável por inseri-lo na trajetória social secundária, ou seja, escola, sociedade e demais instituições (Berger & Luckman, 1976) e é onde as mensagens de socialização étnico-racial tendem a ocorrer com mais frequência.

Nessa direção, Carreteiro (2001) apresenta a trajetória social como um percurso desde o nascimento até a morte, acomodando as profusas inflexões sociais vivenciadas como ascensões, quedas e rupturas sociais como parte do processo, sendo que as determinações sociais atravessam as pessoas e suas famílias. Dessa forma, tais determinações podem ser carregadas de estereótipos e preconceitos enraizados na sociedade, o que irá repercutir na socialização e na construção da identidade de crianças negras. Em seus estudos antropológicos sobre o negro no Brasil e sobre a criança negra, identidade e socialização, Pereira (1987) defende que:

> uma das funções da socialização é a constituição da pessoa humana dentro dos parâmetros de seu locus espacial, temporal e sócio-cultural ou, numa linguagem mais filosófica, dentro dos ideais ou modelo de pessoa definido pela sociedade a que pertence. (Pereira, 1987, p. 41)

O pesquisador enfatiza que em sociedades complexas como a brasileira, a socialização se dá de forma espontânea e sistemática. A primeira ocorre desde o nascimento até a morte, o que envolve agências e instituições de socialização, com distintas metas sociais

(grupo familiar, lúdico, de trabalho etc). Já a socialização sistemática envolve, principalmente, a escola, porém há o atravessamento de ordem econômica, pois o tempo de escolarização vai depender das características socioeconômicas do grupo ao qual a criança pertence. O autor chama a atenção para a forma como a escola recebe as crianças negras, mencionando a forma estereotipada e estigmatizada com a qual a imagem do negro foi tratada ao longo da história na sociedade e como isso se reproduz no ambiente escolar. Desse modo, um ambiente que deveria ser de socialização e desenvolvimento torna-se traumático e promotor de violências, especialmente para a criança negra, ocasionando resultados diversos como evasão escolar e até mesmo violência física e verbal.

Sobre esse contexto, Fanon (2008) faz alguns apontamentos sobre as formas de recepção e socialização da criança negra e da criança branca na família e no mundo social, segundo ele:

> na Europa, e em todos os países ditos civilizadores, a família é um pedaço da nação. A criança que deixa o meio familiar reencontra as mesmas leis, os mesmos princípios, os mesmos valores. Uma criança normal, crescida em uma família normal, será um homem normal. Não há desproporção entre a vida familiar e a vida nacional. Inversamente, se se considera uma sociedade fechada, ou seja, protegida do fluxo civilizador, encontramos as mesmas estruturas descritas acima (...) há uma projeção no meio social das características do meio família (...) Ora, e isto é muito importante, constatamos o inverso no caso do homem de cor. Uma criança negra, normal, tendo crescido no seio de uma família normal, ficará anormal ao menor contato com o mundo branco. (Fanon, 2008, p. 129)

Embora o autor esteja discorrendo sobre o contexto europeu, seus apontamentos podem promover reflexões sobre a interação social possível à criança negra no contexto brasileiro. Ademais, a recepção da pessoa negra na família e na sociedade também influencia na formação do seu *self* e de sua identidade, norteando o

estabelecimento de vínculos ao longo do seu desenvolvimento. Desse modo, ainda que a criança negra tenha um ambiente familiar que a proteja, o meio social nem sempre está apto a recebê-la sem causar-lhe constrangimentos, como ressaltado por Pereira (1987).

Destarte, mensagens sobre socialização racial são enviadas a todo tempo pela mídia, pares e membros familiares, estabelecendo o que é belo, aceitável, desejável e também o que não é. Ao longo da história, a sociedade brasileira estabeleceu um padrão de beleza espelhado nos moldes europeu, em que a beleza ideal traz o padrão branco de existência, desde atributos físicos ao modo de levar a vida, sendo a pessoa branca modelo ideal a ser alcançado. Tal fato teve a colaboração dos meios de comunicação e as mídias em geral como reforçadores desse padrão, através da imagem e do imagético, produzindo realidades negativas sobre o negro e positivas sobre o branco, assentando o imaginário social na ideia de hierarquia das raças. Nessa direção, um estudo sobre processos de identidade social e exclusão racial na infância, realizado com 161 crianças, com idades entre 9 e 12 anos, em uma escola da rede pública de João Pessoa/PB, Máximo et al. (2012) observaram que há diferenças na escolha das crianças quando se trata de características socialmente favoráveis ou indesejáveis. Os resultados demonstraram que as crianças brancas estão associadas às características favoráveis e as negras às características indesejáveis, independentemente da cor da criança que escolhia as características, os resultados eram os mesmos. Através do estudo desses autores foi possível perceber como a ideia de hierarquia racial e a busca pelo embranquecimento atravessam a constituição da subjetividade e a construção da identidade das crianças negras, e interfere diretamente nas relações raciais, influenciando o processo de identificação com o seu grupo de pertença, especialmente no aspecto racial. É importante salientar que as mensagens de socialização racial atravessam, de forma implícita e explícita, as relações

familiares, escolar e grupais, contextos em que a criança negra está inserida ao longo do processo de desenvolvimento.

***

As primeiras referências do indivíduo são os pais ou seus cuidadores diretos, sendo que com eles ocorre o estabelecimento dos primeiros vínculos. À medida que se desenvolve, o sujeito vai se identificando com os membros da família que o acolhem, com isso vai se apropriando do seu lugar, criando vínculos e estreitando laços. Essa relação é repleta de códigos, mensagens e informações que o sujeito introjeta, formando assim a sua subjetividade e moldando a sua identidade. Nesse sentido, como observar os atravessamentos da cor na interação social e na formação da identidade da criança negra? Com base nisso, foi possível observar, nesse capítulo, que há uma tendência de as crianças negras receberem rótulos e estereótipos negativos sobre si transmitidos nas mensagens de socialização. Esse fator negativo está ligado ao contexto sócio-histórico das famílias negras, tendo em seu *background* vivências de preconceito, discriminação e racismo.

Porém, nos últimos anos, alguns adventos de exposição positiva dos feitos dos negros, promovidos pelos movimentos sociais, criadores de conteúdo na Internet e comunicadores negros, ampliaram a propagação de informações sobre a história, a beleza e a cultura negra nas mídias sociais. Em decorrência disso, consequentemente, ampliaram as possibilidades de socialização racial e étnica para os negros. Em 2020, foi possível ver a eclosão mundial de eventos antirracistas após a morte do afro-americano George Floyd, nos EUA, chamando a atenção para os problemas causados pelo racismo sistêmico presente na estrutura social que, consequentemente, atravessa as relações em diversas instâncias. Todos esses adventos, positivos

e negativos, têm possibilitado aos negros acessarem informações e mensagens de socialização racial que ficaram por muito tempo subentendidas, como em situações vivenciais que envolvem racismo, discriminação e preconceito.

O presente capítulo apresentou alguns aportes teóricos sobre famílias negras e socialização étnico-racial, visto que ambos os temas ainda são pouco estudados na Psicologia do Desenvolvimento e, também, na Psicologia em geral. Devido a isso, foi preciso buscar estudos e pesquisas em diferentes áreas, numa tentativa de promover suturas e aproximações. Sendo assim, foi possível fazer algumas conexões importantes entre gênero, raça e classe para pensar sobre a construção de identidades interseccionais e famílias negras, bens culturais e contexto sócio-histórico para refletir sobre os atravessamentos da cor de pele na socialização de crianças negras. Enfatizando, assim, as mensagens de socialização étnico-racial. Porém, é necessário que outros estudos sejam realizados de modo a aprofundar tais temáticas, a fim de promover conexões e ampliar o campo de estudos e pesquisas desses conteúdos nas áreas da Psicologia.

Referências

Barbosa, I. M. F. (1983). *Socialização e relações raciais: um estudo de família negra em Campinas*. São Paulo: FFLCH/ USP (Antropologia 5).

Berger, P.L. & Luckmann, T. (1976). *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. [*The social construction of reality*]. Trad. Floriano de Souza Fernandes. 7. ed. Petrópolis: Vozes.

Brito, A. E. C. (2013). Lares negros olhares negros: identidade e socialização em famílias negras e inter-raciais. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, 15(2), p. 74-102.

Carreteiro, T. C. (2001). Vinculações entre romance familiar e trajetória social. In: Féres-Carneiro, Terezinha (Org.). *Casamento e família: Do social à clínica*. Rio de Janeiro: NAU.

Chagas, R. S. (2014). *A união faz a força: expressões do mito familiar em famílias negras*. São Paulo: Intermeios.

Crenshaw, Kimberlé W. (2002). Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. *Estudos Feministas*, ano 10, 1, 2002, p. 171-188.

Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.

Fernandes, F. (2008). *A integração do negro na sociedade de classes: o legado da "raça branca"*, vol. 1. 5. ed. São Paulo: Globo. (Obras reunidas de Florestan Fernandes).

França, D. X. de, & Silva, Khalil da C. (2021). *A psicologia social do desenvolvimento nas relações raciais e racismo.* São Paulo: Blucher.

Freyre, G. (1933/2006). *Casa Grande e Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. São Paulo: Editora Global.

Giacomini, S. M. (2006). *A alma da festa. Família, etnicidade e projetos num clube social da Zona Norte do Rio de Janeiro – o Renascença Clube.* Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ.

Hall, S. (2015). *A identidade cultural na pós-modernidade*. 12. ed. Trad. Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. Rio de Janeiro: Lamparina.

Hill, R. A. (1972). *The Strengths of Black Families*. New York: Emerson Hall.

Hill, C. P. & Bilge, S. (2020). *Interseccionalidade*. Tradução Rane Souza. – 1. ed. – São Paulo: Boitempo.

Hughes, D., Rodriguez, J., Smith, E. P., Johnson, D. J., Stevenson, H. C., & Spicer, P. (2006). Parents' ethnic-racial socialization practices: A review of research and directions for future study. *Developmental Psychology*, 42, p. 747-770.

Lloyd, C. M.; Shaw, S.; Sanders, M.; Abdul-Masih, M. & Schaefer, C. (2022). Reimagining Black Familie's Cultural Assets Can Inform Policies and Practices That Enhance Their Well-being. *Black Children & Families*. Disponível em: https://www.childtrends.org/publications/reimagining-black-families-cultural-assets-can-inform-policies-and-practices-that-enhance-their-well-being.

Máximo, T. A. C. de O., Larrain, L. F. C. R., Nunes, A. V. de L., & Lins, S. L. B. (2012). Processos de identidade social e exclusão racial na infância. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 18(3), p. 507-526.

McGoldrick, M. (1995). Etnicidade e o ciclo de vida familiar. In: Carter, B., Mcgoldrick, M. & cols. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar.* 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Moura, C. (2019). *Sociologia do negro brasileiro*. São Paulo: Perspectiva.

Pereira, J. B. B. (1987). A criança negra: identidade étnica e socialização. *Cad. Pesq.*, 63.

Pereira, J. B. B. (2001). *Cor, profissão e mobilidade: o negro e o rádio de São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Samara, E. M. (1989). A família negra no Brasil. *R. História*, São Paulo, 120, p. 27-44, jan/jul.

Sansone, L. (2004). *Negritude sem etnicidade: o local e o global nas relações raciais e na produção cultural negra do Brasil*. Trad. Vera Ribeiro. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Pallas.

Seixas, A. A. A., Mota, A., & Zilbreman, M. L. (2009). A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1), p. 82.

Slenes, Robert W. (2011). *Na senzala uma flor: Esperanças e recordações na formação da família escrava*. 2. ed. Corrig. Campinas: Editora da Unicamp.

Souza, N. S. ([1983] 2021). *Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascenção social*. Prefácios de Maria Lúcia da Silva e Jurandir Freire Costa. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar.

Tribble, B. L. D., Allen, S. H., Hart, J. R., Francois, T. S., & Smith-Bynum, M. A. (2019). "No [Right] Way to Be a Black Woman": Exploring Gendered Racial Socialization Among Black Women. *Psychology of Women Quarterly*, 43(3), p. 381-397.

CAPÍTULO 5

Promoção de saúde: reflexões sobre o transcendental do sagrado/fé e o bem-estar humano

Renata Benigno-Ribeiro
Luciana Fontes Pessôa

Ao longo da história humana, as questões relacionadas à cura de enfermidades estiveram entrelaçadas aos aspectos sagrados e ritos religiosos, vários são os relatos de tempos passados, quando a medicina, como apresentada hoje, não possuía seu *status* de cura e prevenção. Nestes contextos, os sujeitos tinham na fé e em seus representantes os recursos de enfrentamento para as mazelas físicas e psíquicas. Nas diferentes culturas, podemos encontrar inúmeras experiências de pessoas que buscavam alívio na esfera espiritual. Como, por exemplo: nos xamãs, benzedeiras, santos, entidades da natureza, dentre outros símbolos do campo físico-místico (Faria & Saidl, 2005; Alves et al., 2008).

Esse capítulo irá versar por alguns caminhos percorridos pela nossa espécie na busca de saúde e/ou apaziguamento das enfermidades rumo ao bem-estar no campo individual, grupal e inter-relacional, pois o adoecer de um ente querido é um fator que despotencializa aqueles que o amam. O surgimento de uma pandemia[1] é um fenômeno que deveria nos reconectar como parte de um grupo, marcado por profundas desigualdades, mas que tem seu bem mais precioso, a vida

1 Este capítulo foi escrito no período em que a população estava atravessada por uma pandemia em decorrência da infecção pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2, Síndrome Respiratório Aguda Grave 2) que é um novo tipo de *Coronavirus Disease* (Covid-19), iniciada na China, em dezembro de 2019 (Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2020).

saudável, atingida independente de etnia, regionalidade, crenças, *status* econômico, posicionamento político e social.

Então, pensar promoção de saúde como uma característica intrínseca ao campo individual é desmerecer toda ecologia que cerca as relações humanas e a saúde global que é multifacetada, sendo que os aspectos ligados ao sagrado/espiritualidade e suas variações serão focados neste capítulo. Para isto iremos trazer alguns esclarecimentos sobre palavras que parecem falar do mesmo, mas guardam suas particularidades.

Propomos um breve recorte histórico sobre como os contextos ocidentais, lidavam com a dinâmica saúde-doença e quais as contribuições das pesquisas na contemporaneidade para o delicado dilema entre a cientificidade e os aspectos transcendentais para a experiência humana ao longo do desenvolvimento de seu ciclo vital e como o Estado e os órgãos internacionais se posicionam neste cenário.

Reflexões conceituais

Neste ponto, antes de discorrermos sobre a historicidade dos processos que envolvem saúde, doença, cura e espiritualidade, e as pesquisas que traremos como contribuições, é pertinente dedicar um momento para elucidar as sutilezas e diferenciações de alguns termos ligados ao campo metafísico, acerca da importância dos aspectos transcendentais, na promoção de saúde e bem-estar geral, que apesar de semelhantes, trazem consigo suas especificidades e podem fazer certa confusão conceitual. São eles: sagrado, religião, religiosidade, espiritualidade e fé.

Para Chaui (2012), o sagrado é uma ligação de forças sobrenaturais que podem viver em vários seres: nas plantas, animais, pessoas, nas forças da natureza, nos ventos, nas águas, no fogo e dentro de objetos que representam a experimentação simbólica entre a racionalidade e o

sobrenatural. Seria, assim, uma espécie de poder que teria a capacidade de efetuar realizações que os sujeitos consideram impossível serem feitas somente com a potência e ações humanas.

> Sagrado é, pois, a qualidade excepcional que um ser possui e o que o separa e o distingue de todos os outros. (…) O sagrado pode suscitar devoção e amor, repulsa e ódio. Esses sentimentos suscitam um outro: o respeito feito de temor. Nascem, aqui, o sentimento religioso e a experiência da religião. (Chaui, 2012, p. 232)

Nesse sentido, Braga (2016) elucida que o termo religião vem do latim *Religare* e tem relação com algo que agrega os sujeitos em torno de alguma coisa partilhada, vinculando-os a fortes convicções e a relações grupais. Sendo assim, religião é um terreno onde os indivíduos se unem e estipulam entre si algumas questões comuns, observando os variados dados sociais, no intuito de promover laços de solidariedade, pautados em uma ética do sagrado que circunda as convicções do grupo. Para este autor, a religião é basicamente uma instituição social.

Durkheim (1912/1996, p. 5 e 59), em sua obra *As formas elementares da vida religiosa*, afirma que:

> Uma noção tida geralmente como característica de tudo que é religioso é a de sobrenatural. Entende-se por isso toda ordem de coisas que ultrapassa o alcance de nosso entendimento; o sobrenatural é o mundo do mistério, do incognoscível, do incompreensível. A religião seria, portanto, uma espécie de especulação sobre tudo o que escapa à ciência e, de maneira mais geral, ao pensamento claro. (…) Uma religião é um sistema solidário de crenças e de práticas relativas a entidades sagradas, ou seja, separadas, interditas; crenças e práticas que unem em uma mesma comunidade moral, chamada Igreja, todos os aderentes.

Já a religiosidade é a maneira que o sujeito vivencia os aspectos inerentes à religião no singular, sua relação pessoal com o divino e com seus pares na fé no coletivo. Por espiritualidade compreende-se

como o acontecimento que une a inteligência do indivíduo e a capacidade de ultrapassar a si próprio e se ligar às enigmáticas questões relativas ao sagrado e ao divino. Assim, não há necessariamente um Deus ou deuses, mas um sentimento de pertença a uma dimensão cósmica metafísica e inseparável de si (Frankl, 1946/2010; Hervieu-Lérger, 2005/2015; Oliveira, 2019).

Na aquarela da fé várias cores são possíveis, dependendo dos atravessamentos que norteiam o sujeito dentro de seu desenvolvimento e dos encontros que a vida proporciona em relação à capacidade subjetiva de significar este conjunto de experiências.

> A fé é uma preocupação humana universal. Antes de sermos religiosos ou não religiosos, antes de nos concebermos como católicos, protestantes, judeus ou muçulmanos, já estamos engajados em questões da fé (...) já estamos preocupados com as formas pelas quais ordenamos nossa vida e com o que torna a vida digna de ser vivida. Além disso, procuramos algo para amar, e que nos ame; algo para valorizar, e que nos dê valor; algo para honrar e respeitar, e que tenha o poder de sustentar nosso ser. Numa palavra, procuramos dar um espiritual a nós mesmos. (Valle, 2005, p. 89)

Como veremos na sequência, esses conceitos tiveram e têm bastante importância para grande parte da população ao longo da história. Seus desdobramentos atingem os sujeitos no campo privado, em sua relação direta e privativa, e no público com a comunidade, uma vez que muitos pautam suas formas de ser e existir no mundo de acordo com valores, dogmas e normas. Nesta perspectiva, os sistemas de crenças ao qual aderem, tecem uma íntima relação com os processos de subjetivação no âmbito pessoal e coletivo.

A relação com os diferentes saberes de ordem espiritual que interagiram com a área da saúde também sofreram modificações de acordo com os poderes que regiam as práticas no arenoso terreno político-social. Esse tensionamento produziu um jogo de forças que em alguns momentos convergiram para o que era visto como

estado saúde-doença enquanto em outros se distanciaram como times opostos, mas fazendo parte da mesma arena, onde o bem mais precioso do humano se encontra: a arena da vida.

A busca humana pelo fim da dor

É fato que o pai da medicina, Hipócrates, nascido cerca de (400 a.C.), já se ocupava em entender as questões ligadas à cura de enfermidades no âmbito do físico, na observação dos sintomas em relação às condições de vida da população, qualidade da alimentação, exercícios, horas de repouso, mudanças climáticas, dentre outros hábitos que, na atualidade, entende-se como agentes promotores de saúde/doença. Em seu tempo, a população em geral buscava auxílio junto aos sacerdotes que faziam a interlocução entre os humanos e o Deus Esculápio, este simbolizava a cura, mas para o pesquisador grego era inconcebível que as mazelas humanas estivessem condicionadas ao misticismo, aos caprichos de deuses que agiam no organismo dos indivíduos de acordo com seus desejos (Rosen, 1994).

Dando um salto na linha do tempo de nossa espécie, com o advento do cristianismo no mundo ocidental, houve um alinhamento entre o Estado e a Igreja, acarretando uma junção de forças político-sociais, na direção de um controle dos corpos nas sociedades. Nossa reflexão, não vai na direção de questionar os contornos pessoais e grupais da fé e da religiosidade inspiradas pelos ensinamentos de Jesus Cristo e sim revisitar a história da saúde e as manobras governamentais, na Idade Média, que ficou conhecida como "Era das Trevas".

Neste recorte temporal, houve um retrocesso nos achados do período greco-romano, pois os dogmas do pecado, da culpa e do castigo eram introjetados em grande parte da população e com estes dispositivos se exercia o poder pelo medo da desobediência. Consequentemente, acarretaria a não salvação do espírito na vida que se iniciaria

no pós-morte, ou seja, a promessa de uma nova existência de perfeição eterna. Este era o tema central dessa época, a preocupação com o corpo físico adoentado era secundária, uma resposta cósmica às más ações humanas (Andery et al., 1988/2020; Scliar, 2005).

Muitos dos sábios cristãos transmitiam que as enfermidades poderiam ser consequências de desígnios divinos. Nas palavras de Scliar (2005, p. 11), "A doença era vista como purificação, como forma de atingir a graça divina que incluía, sempre que merecida, a cura; as epidemias eram o castigo divino para os pecados do mundo" ou oriundas de práticas de bruxarias, ou de povos que sofreram e sofrem com os rótulos e estigmas, como o caso dos judeus, ciganos e outros não cristãos, segundo o discurso dominante seriam eles que estavam rogando suas pragas e contaminando a água e o ar.

Nos estudos de Foucault (1974/1979), o espaço hospitalar daquele tempo era um local para morte, de transição para o mundo espiritual, não servia à prática médica e esta prática não estava inserida neste ambiente. Nele se alojavam as pessoas pobres que estavam morrendo e necessitavam de acolhimento e assistência e que também deveriam estar separadas e excluídas para que suas mazelas e enfermidades não fossem transmitidas para a comunidade em geral. A preocupação vigente era evitação do caos socioeconômico, logo, a lógica não era da terapêutica da cura, mas afastar a pessoa periférica que estava perecendo e deveria receber as últimas atenções materiais e espirituais nos derradeiros sacramentos da confissão dos pecados e da extrema-unção[2].

2 Sacramento da Igreja Católica: o objetivo primário da extrema-unção é preparar o cristão para um momento particularmente difícil da sua vida, em que irá enfrentar a morte e seguir em direção à vida eterna, também denominado de "Santa Unção" ou "Último sacramento" (Igreja Católica, 2005). "Antigamente, esse sacramento era chamado de Extrema-Unção; isso acabou por relacioná-lo com o momento da morte da pessoa. Essa ideia já foi superada. *A renovação litúrgica* do Concílio Vaticano II trouxe esta *nova perspectiva teológica: a Unção dos enfermos não é sacramento de morte, mas de vida e recuperação*" (Souza, 2021, grifo nosso).

O autor ainda aponta que os indivíduos saudáveis que transitavam neste universo não percorriam os caminhos da promoção da saúde e reestabelecimento dos doentes, mas sim buscavam, pela via da caridade, alcançar uma dupla salvação eterna: a de si próprios que proporcionavam os cuidados finais e a da alma do enfermo assistido em seus últimos tempos de vida.

Segundo Spink (2013), podemos pensar o processo saúde/doença de acordo com a configuração de cada época – estando ligados ou não, pelo conhecimento reconhecido dos especialistas oficiais. Como cada sociedade elege e representa seus saberes, serve de bússola que aponta para as resoluções, no campo privado e institucional, para estratégias de prevenção, cura e promoção de saúde, ou para promover políticas de exclusão social, a depender dos critérios de significação que esses processos se manifestam na cultura de um povo, geralmente ditados pelos detentores do controle social.

Para a autora, o intrincado fenômeno saúde/doença não se resume a uma oposição entre a sabedoria secular mística e a cientificidade, mas sim a um jogo de poderes e, conforme assinalou Foucault (1969/2008), entre os *saberes*, pois também cria um discurso que pode subordinar os sujeitos, transformar, apagar ou remodelar práticas que até dado momento eram difundidas como um saber sobre algum fenômeno e tinha seus efeitos biopsicossociais no desenvolvimento humano.

Para melhor entendimento deste ponto, vamos dar mais um avanço na linha temporal e analisar brevemente a evolução da medicina moderna e a transformação do dispositivo hospitalar como espaço terapêutico e de intervenção. Tendo como marco temporal a partir de meados do século XVII/XVIII, fluindo rumo ao resgaste das teorias de Hipócrates, aliado aos achados derivados das pesquisas sobre anatomia humana e o surgimento da Fisiologia e da Patologia.

Impondo-se, assim, aos saberes seculares que orbitavam em torno do sagrado e ganhando *status* de uma cientificidade mensurada que podia ser replicada, além das descobertas de substâncias benéficas ao corpo humano, que tinha o poder de combater uma gama de mazelas físicas, como é o exemplo da penicilina (Luz, 1979; Oliveira & Egry, 2000).

Neste panorama, de acordo com os autores supracitados, as questões ligadas à fé, que também podiam agir como agente potencializador de esperança na cura ou apaziguamento da dor, ficaram delegadas a uma esfera de pouca ou nenhuma importância ao tratar-se das doenças que acometiam os corpos e a evolução de novos saberes e entendimentos sobre a saúde. A mistura entre espiritualidade e bem-estar físico era visto como um pensamento antagônico e arcaico, o saber dos especialistas organicistas ia ganhando cada vez mais prestígio, e os contornos psicológicos que o transcendental poderia trazer de benéfico aos enfermos e seus entes próximos não tinham espaço neste cenário.

Assim o corpo humano, agora dissecado e estudado em profundidade, passou a ser cada vez mais fragmentado em especialidades médicas oriundas de pesquisas, em um cenário hospitalar onde os sujeitos acamados tinham seus protagonismos desumanizados, quase como fantoches, diante de uma ávida plateia de mestres e seus discípulos que buscavam escarafunchar, examinar e tentar entender as causas e buscar a cura para aqueles corpos destituídos de nomes próprios, reduzidos à patologia que os acometiam, "o tuberculoso do leito tal". Esta prática até hoje pode ser observada em muitas instituições de saúde, distanciando o sujeito de sua subjetividade tendo quase que a totalidade de sua identidade colada ao diagnóstico (Foucault, 1969/2008).

Como bem disse o autor (1974/1979, p. 173), surge "um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar", que trouxe suas marcas iatrogênicas[3] e contribuiu para o surgimento de patologias ligadas às questões emocionais, relacionais e biológicas. Este conceito faz referência a erros médicos e/ou equipe, mas liga-se também à negação do outro em sua alteridade, no cuidado destas pessoas por alguns profissionais da saúde, à forma relacional de abordagem que pode ter contornos mecanicistas que vão desde ministrar medicamentos até não se dirigir ao paciente pelo nome. Estas atitudes, mesmos sem dolo, ou seja, sem intenção de causar dano, por parte dos operadores de saúde, têm seus efeitos ao longo do tempo.

Neste novo panorama da dinâmica saúde-doença alguns de seus atores perderam seus laços com a religiosidade, enquanto outros se descobriram para as questões da fé. Muitos encontraram amparo no encontro intersubjetivo com Deus ou deuses. Quando a vulnerabilidade humana é atravessada por enfermidades, a gama de emoções que invadem os sujeitos adoentados e as pessoas de seus contextos mais próximos pode fazer com que a espiritualidade se apresente no jogo como acalento.

O transcendente, a fé, a espiritualidade e as relações com o sagrado não se apagaram da consciência da humanidade. Por conta dos avanços das Ciências Biológicas, como veremos na contemporaneidade, os estudos se voltam para observar os fatores protetivos que estes constructos podem trazer para saúde global e os fatores de risco que dependerão do colorido que cada um dá para sua relação com incognoscível da experiência espiritual, em suas vidas, no decorrer de seus desenvolvimentos.

3 Iatrogenia: qualquer alteração patológica produzida pelo médico/equipe no paciente. Iatrogenia de ação: relação com o paciente, diagnóstico, terapêutica e prevenção errôneas. Iatrogenia de omissão: ato negligente pela falta de ação do médico/equipe no diagnóstico, cuidado ou tratamento (Pereira et al., 2000).

Afinal o que é saúde?

Como observado em nossa narrativa, os dados históricos mostram um olhar para a saúde do ponto de vista da doença, entrelaçadas ora por questões biológicas, ora espirituais. Todavia, ancoradas no adoecimento, ou seja, nas pessoas já acometidas por alguma debilidade e nos dispositivos para deslocá-las dessa posição, levando em conta as tensões produzidas no campo biopolíticossocial.

Entender o conceito de saúde como ausência de doença e simplificá-lo a um corpo/mente não acometido de um mal-estar físico, infecções e dores é reduzir a existência humana e toda gama de complexidades que nos atravessa ao longo do desenvolvimento. Como diz Luz (2009, p. 1), "Pode-se dizer (…), que 'saúde' é, em sua origem etimológica, um 'estado positivo do viver', aplicável a todos os seres vivos e com mais especificidade à espécie humana". Ter saúde é poder desfrutar de uma existência cercada de um bem-estar, bio-sócio-psíquico-espiritual, com a promoção de estratégias pessoais e coletivas, dentro das possibilidades que cada um traz em suas trajetórias e singularidades.

Scliar (2007, p. 30) enfatiza que o "conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas".

Entretanto, o pressuposto atual de enxergar a vitalidade humana, do ponto de vista da promoção de uma vida saudável em sua integralidade e não unicamente cura ou ausência de doenças, não foi uma trajetória linear, é também uma construção sociocultural. Vamos fazer um sucinto passeio nessa direção.

Apesar de o século XX ter trazido grandes avanços tecnológicos nas mais diversas áreas – nos meios de comunicação, transporte, na

física, na medicina, na Psicologia, nas Ciências Sociais, na Microbiologia, na Bioquímica com descobertas de novos medicamentos, dentre outros progressos –, ele também foi marcado por duas grandes guerras mundiais, outras de menor porte, mas nem por isso menos catastróficas e deletérias para as nações envolvidas, e epidemias em diversas partes do planeta, como a gripe espanhola.

Os avanços descritos não foram acompanhados por algumas das relações humanas. Pode-se dizer que, nessa área, o funcionamento psíquico era e é, até o presente momento, regido de maneira arcaica e primitiva, os que detêm as riquezas e o controle das nações e seus jogos de poder causaram e causam muita fome, dor e medo (Bertucci-Martins, 2005; Braick & Mota, 2007).

Mesmo com as mazelas sofridas pela humanidade, com os movimentos de enfrentamento no campo social, ainda não se tinha um consenso universal para a definição do termo "saúde". Após a Primeira Guerra Mundial passos foram dados nessa direção com a criação da Liga das Nações, mas somente após a Segunda Grande Guerra ocorre, no dia 7 de abril de 1948, a fundação de uma Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse dia passou a ser celebrado como o "Dia Mundial da Saúde". Os princípios que regiram essa fundação foram a implicação do Estado em garantir a promoção e proteção à saúde, direito de todos os seres, que foi definida nessa data como: "Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (OMS, 1948; Scliar, 2007).

Embora este tenha sido um grande passo para um ordenamento das estratégias coletivas de combate e tentativa de erradicação de doenças, para promoção de políticas públicas e convocando o Estado para responsabilidade de implicar-se no bem-estar dos habitantes de suas nações, ainda assim, essas diretrizes não contemplavam a dimensão da espiritualidade e as contribuições que o sentimento da

fé podia agregar para o desenvolvimento humano como dispositivo benéfico e potente de enfrentamento.

A fé/espiritualidade na promoção de saúde

Com o decorrer das pesquisas e práticas contemporâneas na área da saúde, foram comprovando-se a importância da fé para as pessoas adoentadas, seja em situação de cuidados privados ou no contexto hospitalar. Este aspecto transcendente está intimamente ligado à promoção de uma vida saudável, tanto na esfera física, como na mental. A espiritualidade pode ser um dispositivo de enfrentamento a situações difíceis, no qual a pessoa acometida de alguma enfermidade pode dispor, no intuito de buscar um alívio para a dor e ter um entendimento da dinâmica entre adoecimento--recuperação. Auxiliando, assim, seu próprio tratamento pautado na esperança de dias melhores (Guerrero et al., 2011; Sousa & Teixeira, 2019).

Silva et al. (2019) realizaram um estudo com mulheres, em tratamento, diagnosticadas com câncer de mama e como essa situação adversa delicada se relacionava com o dispositivo da fé como agente de resiliência[4] e saúde mental frente a suas condições físicas fragilizadas. Em seus resultados chegaram à conclusão de que a fé, com

4 Resiliência: capacidade do ser humano de enfrentamento, frente a situações desfavoráveis, que permite buscar forças para vencer, confrontar e fortalece-se. Saindo transformado, não é simplesmente "ultrapassar" as vivências dolorosas, mas se fortalecer com elas, integrando favoravelmente a saúde mental dos indivíduos (Melillo & Ojeda, 2001/2005).

"A resiliência não significa um retorno ao estado anterior como seria na física, mas a superação de situações estressantes ou traumáticas, o que a diferencia de resistência, pois, resiliência trata-se de uma capacidade de passar por tais situações de forma positiva frente aos fatores de risco" (Amaro, 2013, p. 149).

"A definição de resiliência, a partir da compreensão da interação do indivíduo com o seu ambiente, implica o entendimento dinâmico dos chamados fatores de risco e proteção" (Carvalho et al., 2007, p. 2025).

base nas palavras das pacientes, foi uma importante estratégia de enfrentamento e superação do período de tratamento.

Bronfenbrenner (2005/2011) ajuda-nos a compreender essa dinâmica positiva, de acordo com o modelo bioecológico do desenvolvimento humano: a religião está inserida no macrossistema, esfera onde se passa valores e tradições no âmbito social e cultural, e o espaço religioso e suas características de fé/espiritualidade/religiosidade faz parte do microssistema onde transitam os membros que compõem as relações interpessoais. As pessoas em situação de adoecimento ao interagirem positivamente com seu entorno, de forma bidirecional e recíproca, têm a possibilidade, através de suas experiências, de criar estratégias ao longo do seu ciclo vital que modificam a si e ao ambiente onde estão inseridas, rumo a uma melhor qualidade de vida.

A espiritualidade, quando vivida de forma saudável, é uma ferramenta que auxilia o paciente, sua família e entes próximos, servindo de um terreno próspero ao cuidado destas pessoas, pois, apesar do caráter pessoal da experiência da dor física e psíquica, há também uma esfera coletiva que faz parte do social que é afetada quando o bem-estar de um dos seus está debilitado, trazendo perturbações ao fluxo da vida, com desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão a nível individual e grupal. Nesta direção, necessita-se de uma ética do cuidado que vai além de pura prescrição e administração de terapêuticas e envolve a humanização das relações entre os operadores do sistema de saúde com o paciente e sua família, se transformando em promotores de saúde (Pinto et al., 2015).

De acordo com as observações do autor, cuidados de natureza espiritual para os sujeitos, como a prática da escuta ativa, a presença empática, a transmissão de esperança e a orientação, têm sido categorizados como respostas atentas. Essas ações formam a base do cuidado integrativo na área da enfermagem, fundamentado em uma

concepção de assistência que visa fortalecer a dimensão espiritual. Essa abordagem busca compreender a espiritualidade como um alicerce essencial para a humanização dos pacientes e os seus entornos, representando um princípio ético que orienta a prática do cuidado. Esse enfoque no transcendental pode ser considerado sinônimo de humanização, escuta empática, consolo e presença nos momentos de dor e sofrimento. Além disso, representa o reconhecimento e a valorização da interconexão entre espiritualidade e a capacidade de enfrentamento.

A promoção de saúde, ao longo do desenvolvimento humano, tem uma dialética entre aspectos que são interessantes perpassar: são os fatores de proteção que o transcendente/fé/religiosidade podem impulsionar nos sujeitos, levando-os a uma perspectiva mais vivaz, apaziguadora e delineada na esperança de momentos melhores em situações de calamidades físicas, mentais e sociais; recolocando-os na cena como promotores de seu próprio bem-estar, de forma direta ou indireta, a depender do caso e dos contextos que estão inseridos. Essa vertente vem tomando cada vez mais força, em decorrência do avanço das pesquisas, na prática do cuidado e prevenção.

Agora, vamos propor um exercício ao pensar que os mesmos fatores ligados ao sagrado e à potência de vida podem se inverter para tomar contornos de fatores de risco[5]. Da mesma maneira que a espiritualidade pode ser interiorizada de maneira benéfica ao indivíduo, pode também ser introjetada no sujeito de forma desadaptativa e danosa, seja pelo grupo ou em sua conexão individual direta com o divino, podendo a relação ficar marcada pelo colorido do fanatismo, martírio, culpabilização e mortificação.

5 Fatores de risco: são situações ou conjunto de aspectos correlacionados que aumentam a ocorrência de vivências de eventos desfavoráveis ou resultados negativos. Que podem perturbar os aspectos favoráveis do desenvolvimento humano como a saúde física/mental, o bem-estar ou atuação social da pessoa (Reppold et al., 2002; Carvalho et al., 2017).

Neste sentido, se inverte a função de promover bem-estar físico e psíquico, e a relação passa a ser nociva, oprimindo os sujeitos e ganhando força para se transformar em um componente prejudicial para a reabilitação, para o desenvolvimento pleno de suas capacidades e da sua saúde global.

É importante que os profissionais de saúde tenham uma escuta atenta ao modo como esse sensível terreno é percebido e vivenciado pelo sujeito e seus contextos mais próximos. Assim, podendo traçar estratégias delicadas, respeitosas e de acordo com os recursos que cada indivíduo traz em sua bagagem, mas que tenham como meta a promoção de saúde e não comporem, sem perceber, como mais um componente de risco e desequilíbrio para a promoção de uma existência saudável (Esperandio et al., 2017).

Dentro dos espaços de saúde, seja no cuidado ou prevenção, um dispositivo importante para perceber algum desequilíbrio entre os fatores de risco e proteção são as reuniões de equipes transdisciplinares[6], que abrem possibilidade de partilhar diferentes pontos de vista acerca da mesma pessoa ou grupo social que utiliza o sistema de saúde, tanto no cuidado hospitalar, quanto ambulatorial ou comunitário.

Como cada profissional percebe as situações do cotidiano contribui para se evitar iatrogenias e promover saúde. Cabe apontar que

6 Equipes transdisciplinares: diferentemente da equipe *interdisciplinar*, que tem como função integrar diferentes saberes, circunscritos a terrenos específicos da disciplina científica, a *transdisciplinaridade* amplia essa perspectiva, pois busca integrar o conhecimento científico aos diversos modos de sabedoria que foram edificados na construção histórica dos humanos, com isto se busca uma interlocução não somente entre as Ciências Humanas e Exatas, mas tecer junto a estas conhecimentos oriundos de outras sabedorias: das tradições, culturas, religiões, artes, às experiências particulares e coletivas e pensamento simbólico. É de natureza contrária à ciência tradicional neutra e objetiva, vai na direção de reconhecer a relevância da subjetividade humana. Navega simultaneamente entre, através e além de toda doutrina cientifica e dos saberes subjetivos, trazendo um olhar mais refinado para as situações cotidianas na área da saúde e bem-estar (Nicolescu,1999/2005, grifo nosso; Feriotti, 2009).

alguns operadores da saúde têm contato mais próximo com os usuários e suas singularidades, podendo observar e extrair valiosas informações. Enquanto outros, por passarem pouco tempo, não têm um alcance mais aprofundado dos casos. As reuniões periódicas entre os diversos profissionais que atuam nas instituições podem contribuir com estratégias criativas e complementares para o cuidado global.

Neste ponto do texto, já temos uma noção da importância do transcendental para a saúde global e promoção de bem-estar ao longo do ciclo vital e como seus sentidos foram se modificando ao longo da história. Seguindo para o final, vamos agora arrematar com os deslocamentos que as entidades governamentais, em âmbito global e regional, tiveram de rever seus pressupostos diante das pesquisas que surgiram na transição entre os séculos XX/XXI, que investigaram e seguem pesquisando as relações positivas entre fé, espiritualidade, religião, adoecimento, cura e prevenção.

O aspecto transcendental humano na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS)

Devido aos estudos que evidenciam o sagrado/transcendental como importante fator para o desenvolvimento humano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reviu seu conceito de saúde, formulado em 1948, e, em 22 de janeiro de 1998, elaborou uma redefinição com o seguinte texto: "saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade", englobando e reconhecendo a importância da espiritualidade na construção biopsicossocial da humanidade.

No território nacional, o paradigma da saúde é refletido na definição do termo para o SUS – Sistema Único de Saúde:

> A Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.); o meio

> socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação etc.); fatores biológicos (idade, sexo, herança genética etc.) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. (Brasil, 1990, p. 8)

Apesar de observarmos a perspectiva transdisciplinar, a garantia de serviços abertos a toda população e a superação de saúde global como ausência de enfermidades, a dimensão da fé não estava explícita no texto. No entanto, a Lei Federal 9.982/2000 trata da garantia da assistência espiritual nos espaços hospitalares públicos e privados, e em unidades prisionais; ela ratifica que todas as formas de religiosidade possam dar auxílio espiritual nesses espaços, para quaisquer usuários e seus familiares/acompanhantes, se assim o desejarem.

Para evitar discrepâncias, a lei prevê que os religiosos que prestam serviço assistencial deverão seguir as normas internas de cada espaço, para que não se transformem em um fator de risco à segurança dos locais e para as pessoas que necessitam desse acolhimento (Saad et al., 2017).

O SUS, como organização viva e dinâmica de atenção e promoção de saúde, igualmente reviu suas diretrizes e em 3 de maio de 2006, através da Portaria nº 971, regulamentou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Incorporando outras práxis de promoção de saúde à medicina tradicional, e através da Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, amplia a atuação destas práticas trazendo uma visão holística do humano que abrange corpo-mente-espírito, buscando uma visão global, com uma perspectiva mais integrada aos diversos conhecimentos e sabedorias que podem impulsionar o bem-estar humano ao longo de seu ciclo vital (Posso, 2021).

Na evolução das práticas de saúde integral, vale destacar a relevância Escala de Bem-Estar Espiritual – EBE – (Spiritual Well-Being Scale), desenvolvida por Paloutzian e Ellison (1982), sendo

uma das pioneiras na investigação dos aspectos de espiritualidade e religiosidade em relação ao bem-estar. É amplamente reconhecida como um padrão de referência para autores que elaboram instrumentos de avaliação nesse campo.

Marques, Sarriera e Dell'aglio (2009) realizaram uma adaptação e validação dessa f para a população brasileira. A EBE foca na avaliação da relação pessoal com a fé/espiritualidade, que transcende os indivíduos e está associada ao bem-estar existencial e religioso. Além disso, explora como esses elementos se relacionam com uma perspectiva otimista diante de situações estressantes, experiências traumáticas e desafios ao longo do desenvolvimento humano. Os resultados obtidos por meio desta escala revelaram índices significativos de congruência e confiabilidade.

Esses avanços, a nível internacional e nacional, vão ao encontro do que os estudiosos Fry (1998) e Marques (2003) viam em suas pesquisas que indicaram que a ressignificação de eventos adversos à saúde física e mental por caminhos mais toleráveis, em pessoas que têm espiritualidade, pode ter relação com o vínculo de confiança no transcendente, com as questões pessoais e grupais relativas ao sagrado que podem fortalecer e trazer conforto. O aspecto existencial do humano tem dentro de suas características a dimensão espiritual fazendo conexão com o bem-estar físico e psíquico.

***

O objetivo desse capítulo foi guiado no intuito de trazer um breve olhar para a historicidade entre as dinâmicas e modificações dos conceitos de saúde-doença ao longo do desdobramento político-social do mundo ocidental. Refletiu-se como as relações entre fenômenos que envolvem as dimensões da fé/espiritualidade/transcendental se articularam com o desenvolvimento humano, sendo

promotores de bem-estar ou agentes que desvitalizavam os sujeitos em suas possibilidades de enfrentamento a situações adversas ao longo de seus percursos.

Espera-se que as temáticas apresentadas neste texto possam colaborar para reflexões fecundas, pois são um campo de investigação que segue instigando os pesquisadores a se debruçarem em novos estudos e descobertas, gerando discussões e tensionamentos. Contribuindo, assim, para o bem-estar da população e prevenindo contra o charlatanismo, que pode ver um solo profícuo na seara da fé, para práticas antiéticas, produtoras de uma série de violências e adoecimentos.

Entendemos que a crença na espiritualidade que transcende a razão é, para aqueles que têm fé, um agente que intermedeia aquilo que foge ao controle ao longo de suas jornadas e traz conforto nas asas da esperança, no apaziguamento da dor e na promoção da saúde física e mental, para si e seu entorno.

Nós, profissionais da saúde, comprometidos em auxiliar os sujeitos em suas diversas etapas do desenvolvimento, não podemos deixar essa dimensão subjetiva humana fora do escopo prínceps e basilar de nossa prática que é a promoção de saúde em sua integralidade com ética e respeito às diferentes formas de ser e estar no mundo.

Referências

Alves, R. R. N., Alves, H. N., Barboza, R. R. D., & Souto, W. M. S. (2008). Influência da religiosidade na saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), p. 2105-2111.

Amaro, L. S. (2013). Resiliência em pacientes com câncer de mama: o sentido da vida como mecanismo de proteção. *Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, 2(2), p. 147-161.

Andery, M. A., Micheletto, N., Sério, P. M. T., Rubano, R., Moroz, M., Pereira, E. M., Gioia, C. S., Glanfaldon, M., Savioli, R. M., & Zanotto, M. L. (2020).

Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica. 2. ed. Rio de Janeiro: Garamond. (Obra original publicada em 1988).

Bertucci-Martins, L. M. (2005). Memória que educa: Epidemias do final do século XIX e início do XX. *Educar em Revista*, 25, p. 75-89.

Braga, A. X. (2016). *Sociologia da Religião*. 1. ed. Maceió: Capes.

Braik, P. R., & Mota, M. B. (2007). A Primeira Guerra Mundial e a Revolução Russa. In: Braik, P. R., & Mota, M. B. *História das cavernas ao terceiro milênio*. 3. ed. São Paulo: Moderna. p. 535-586.

Brasil. (1990). Ministério da Saúde: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: Doutrinas e Princípios*. p. 8.

Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. 1. ed. Trad. A. Carvalho-Barreto. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2005).

Carvalho, F. F. B., Cohen, S. C., & Akerman, M. (2017). Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar "dogmas". *Saúde em Debate*, 41(3), p. 265-276.

Carvalho, F. T., Koller, A. N., & Piccinini, A. C. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), p. 2023-2033.

Chaui, M. (2012). A Religião. In: Chaui, M. *Iniciação à filosofia*. 1. ed. São Paulo: Ática. p. 231-232.

Durkheim, E. (1996). *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. 1. ed. Trad. P. Neves. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1912).

Esperandio, M. R. G., Michel, R. B., Trebien, H. A.C., & Menegatti, C. L. (2017). Coping Religioso/Espiritual: Reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. *Interações*, 12(22), p. 303-322.

Faria, J. B., & Saidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), p. 381-389.

Feriotti, M. D. L. (2009). Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo*, 6(2), p. 179-190.

Frankl, V. (2010). *O homem em busca de sentido*. 26. ed. Trad. C. C. Aveline. Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1946).

Fry, P. S. (1998). *The human quest for meaning: a handbook of psychological research and clinical applications*. 2. ed. (P. T. P. Wong, Org.). London: Erlbaum.

Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. 2. ed. Trad. R. Machado. São Paulo: Graal. (Obra original publicada em 1974).

Foucault, M. (2008). *A arqueologia do saber*. 7. ed. Trad. L. F. Baeta. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra original publicada em 1969).

Guerrero, G. P., Zago, M. M. F., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), p. 53-59.

Hervieu-Lérger, D. (2015). *O peregrino e o convertido: a religião em movimento*. 2. ed. Trad. J. B. Kreuch. Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 2005).

Igreja Católica. (2005). O sacramento da unção dos enfermos. In: *Compêndio do Catecismo da Igreja Católica*. Vaticano: Libreria Editrice Vaticana.

Lei Federal 9.982, de 14 de julho de 2000. (2000). Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Presidência da República.

Luz, M. T. (1979). *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 1. ed. São Paulo: Graal.

Luz, M. T. (2009). Saúde (verbete). In: Lima, J. C. F., & Pereira, B. I. (Orgs.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

Marques, L. F., Sarriera, J. C., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Avaliação Psicológica*, 8(2), p. 179-186.

Marques, L. F. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(2), p. 56-65.

Melillo, A., & Ojeda, E. N. S. (2005). *Resiliência: Descobrindo as próprias fortalezas*. 1. ed. Trad. V. Campos. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2001).

Nicolescu, B. O. (2005). *Manifesto da Transdisciplinaridade*. 3. ed. Trad. L. P. d. Souza. São Paulo: Triom. (Obra original publicada em 1999).

Oliveira, H. (2019). Novas religiosidades e a promoção da cultura de paz. *Caminhos: Revista de Ciências da Religião*, 17, p. 557-573.

Oliveira, M. A. C., & Egry, E. Y. (2000). A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), p. 9-15.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2020, 11 de março). *OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia*.

Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau L.A., & Perlman, D. (Orgs.). *Loneliness, a sourcebook of current theory, research and therapy*. Nova York: Wiley, p. 224-237.

Pereira, A. C., Franken, R. A., Sprovieri, S. R. S., & Golin V. (2000). Iatrogenia em cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 75(1), p. 75-78.

Pinto, A. C. et al. (2015). A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. *Revista Saúde. Com*, 11(2), p. 114-122.

Portaria n. 971 de 3 de maio de 2006. (2006). Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Ministro de Estado da Saúde, Interino.

Portaria nº 702 de 21 de março de 2018. (2018). Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Ministro de Estado da Saúde.

Posso, M. B. S. (2021). Práticas Integrativas e Complementares no tratamento da dor. *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, 4(2), p. 97-98.

Reppold, C. T., Pacheco, J., Bardagi, M., & Hutz, C. S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: Hutz, C. S. (Org.). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. 1. ed. Belo Horizonte: Casa do Psicólogo. p. 7-51.

Rosen, G. (1994). *Uma história da saúde pública*. 2. ed. São Paulo: UNESP.

Saad, M., Peres, M., Bizon, J., Diskin, L., & Fontão, P. C. N. (2017). Coalizão Inter-Fé em Saúde e Espiritualidade: uma experiência de diálogo inter-religioso. *Caminhos de Diálogo*, 5(7), p. 27-34.

Scliar, M. (2005). *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. 2. ed. São Paulo: SENAC.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), p. 29-41.

Silva, F. A. N; da Silva, V. J, & Jordão Laport, T. (2019). A fé como agente de resiliência frente ao diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Mosaico*, 10(1Sup), p. 46-55.

Spink, M. J. P. (2013). *Psicologia social e saúde: prática, saberes e sentidos*. 9. ed. Petrópolis: Vozes.

Sousa Junior, P. d. T. X., & Teixeira, S. M. d. O. (2019). A importância da espiritualidade no tratamento de pacientes oncológicos: uma revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, 2(1), p. 61-69.

Souza, E. C. (2021, 10 de fevereiro). Só as pessoas que estão no leito de morte podem receber a Unção dos Enfermos? *Jornal Santuário*.

Valle, E. R. (2005). Religião e espiritualidade: Um olhar psicológico. In: Amatuzzi, M. M. (Org.). *Psicologia e espiritualidade*. 1· ed. São Paulo: Paulus. p. 83-107.

World Health Organization (WHO-OMS). (1948, 7 de abril). *Constitution of the World Health Organization*.

World Health Organization (WHO-OMS). (1998, 22 de janeiro). *Fifty-Second World Health Assembly*.

CAPÍTULO 6

A arte como aparato cultural e dispositivo para desenvolvimento socioemocional

Giovanna Maia Crivano

A interação social está intimamente ligada ao desenvolvimento humano. Para compreender práticas de promoção de saúde, é necessário, portanto, olhar para a forma pela qual as interações ocorrem durante a ontogênese do indivíduo. Durante a fase inicial do desenvolvimento de uma criança, uma de suas atribuições relaciona-se com a possibilidade de criar uma rede de relações sociais (Seidl-de-Moura, 2009). E essas ocorrem a partir dos primeiros vínculos entre os bebês e seus cuidadores. Ao longo da história humana, as interações têm suas origens nas primeiras trocas entre bebê e seu cuidador e são fundamentais para introduzir a criança na cultura (Seidl-de-Moura, 2009). É através dela que o homem pode desenvolver suas habilidades a ponto de conviver em sociedade. Para um desenvolvimento saudável, é necessário que o indivíduo seja inserido na cultura e no contexto que o cerca, e são os pais que primeiro apresentam socialmente o mundo aos seus filhos, fazendo com que os mesmos possam colocar-se enquanto sujeitos sociais (Vicente, 2009).

As interações iniciais têm como característica principal o papel ativo do bebê e de seu parceiro (díade) e, aos poucos, ganham outras configurações, através da incorporação de objetos para a formação de uma tríade. Essa triangulação nas interações sociais pode ocorrer a partir do segundo semestre de vida do bebê, quando já é possível reconhecer novas competências motoras, sensoriais e perceptivas no bebê (Nogueira, 2009). Segundo Seidl-de-Moura et al. (2004), a mãe e seu filho formam, então, díades bem organizadas e têm a

reciprocidade como conceito inerente à interação. Esse tipo de relação reforça o papel ativo do bebê no mundo.

Os bebês são, portanto, espertos e mais proativos do que reativos, como presumiam outrora. A ideia dos bebês como seres ativos afirma suas capacidades de percepção, imitação e comunicação, sendo ambos, o bebê e o cuidador, sensíveis aos sinais um do outro e capazes de emitir respostas para esses sinais. Em relação às trocas, adultos e crianças podem ser considerados aliados. A criança age sobre o cuidador e o cuidador age sobre a criança de maneira equivalente, sendo que cabe ao cuidador, num primeiro momento, a atribuição intuitiva de significados para a comunicação emitida pelo bebê (Seidl-de-Moura, 2009).

As primeiras interações que ocorrem na vida do bebê retratam oportunidades de conhecer o mundo e seus objetos (Seidl-de-Moura & Ribas, 1999). Por isso, o desenvolvimento do bebê se dá em um ambiente absolutamente humano (Winnicott, 2013/1988). Neste contexto, deve ser desenvolvida a segurança entre a díade, através das interações sociais, pois é em função da forma como foi estabelecida essa segurança que o bebê vai ser apresentado ao mundo para que, então, possa se colocar enquanto sujeito (Vicente, 2009).

Desde o nascimento, temos, portanto, o ser humano sendo apresentado e inserido na cultura pelos pais, que para isso formulam metas de socialização. A influência que as metas de socialização, crenças e práticas parentais exercem no que tange o desenvolvimento dos filhos vem sendo amplamente estudada nas últimas décadas (Keller, 2012; Harkness & Super, 1992; Keller, 1988; Seidl-de-Moura, Ramos, Pessôa, Carvalho, Victor & Mendes, 2016) e é de imensa importância para o conhecimento de diferentes contextos socioculturais e os efeitos que causam no desenvolvimento das crianças. Se os pais têm o papel de apresentar às crianças o mundo que as cerca, eles também possuem a função de pensar sobre formas de fazer essa

apresentação e devem escolher os elementos aos quais desejam que seus filhos estejam expostos. Assim, pensar a parentalidade e as decisões dos cuidadores de como educar, desenvolver e socializar seu filho deve ser compreendido como um processo de promoção de saúde. Uma das principais formas de compreender a socialização é através da emoção, uma vez que o entendimento das emoções postas pelos indivíduos e pela cultura é fundamental para interações funcionais e colabora para a inserção do indivíduo na sociedade (Mendes, Sant'Anna & Ramos, 2019). As crenças, práticas e metas voltadas para a socialização da emoção, porém, ainda são pouco investigadas e reconhecidas (Mendes, Sant'Anna & Ramos, 2019).

Dentre as metas criadas pelos pais para a socialização de seus filhos, temos as metas de socialização da emoção. Estas abordam os valores e as concepções que os pais têm acerca da emoção e que são objetificadas, a partir de práticas e estratégias de socialização durante o desenvolvimento de seus filhos (Fonseca, Cavalcante & Mendes, 2017). Todos os planejamentos e intenções estabelecidos pelos cuidadores estão de acordo com o que está dado no contexto em que vivem, permeado e mediado pela cultura (Mendes & Ramos, 2020).

São os pais que primeiro ensinam as crianças a expressar suas emoções e também a reconhecê-las em outras pessoas (Mendes & Ramos, 2020). Assim como toda a construção da parentalidade, é dentro da cultura e do contexto familiar em que a criança é inserida que a experiência emocional e o conhecimento acerca das emoções serão desenvolvidos (Mendes, Pessôa & Cavalcante, 2016). Tendo em vista que as emoções são competências importantes para que as crianças possam compreender a si mesmas e também ao mundo que as cerca, inclusive antes mesmo da linguagem (Mendes, Pessôa & Cavalcante, 2016), as metas de socialização da emoção devem ser amplamente estudadas.

Paralelamente a isto, temos Vygotsky (1999) confirmando a importância de aspectos culturais, contextuais e históricos para o desenvolvimento do sujeito, pois afirma que para além do biológico, é na cultura que o homem vai aprender a viver no mundo. Para o autor, porém, há algo que se destaca no estudo social e cultural e que pode ter grande influência em como agimos em sociedade e também em como podemos estar em contato com a emoção: o estudo da arte. Por isso, declara que "a arte é o social em nós" (Vygotsky, 1999).

Segundo o autor, a arte objetifica os sentimentos humanos e permite que os indivíduos socializem esses sentimentos e, ao mesmo tempo, os tornem pessoais e parte do psiquismo. Além disso, a arte é capaz de nos fazer experimentar sentimentos que estão espalhados na cultura (Vygotsky, 1999). A importância dessa experimentação é fundamental, pois, segundo Keller e Otto (2009), as emoções estão intimamente ligadas às experiências, e por isso, o social é capaz de dar sentido à expressão das emoções.

Deste modo, tem-se a arte como grande estimulador e como possível aparato para conhecer as emoções, e assim, auxiliar no processo de socialização da emoção, na inserção das crianças no contexto que as cerca e na criação de crenças e práticas parentais. Sabendo também que as práticas e cuidados parentais, assim como as metas de socialização da emoção, são influenciadas pela cultura e estabelecem-se a partir de diferentes planejamentos, que os pais utilizam para estruturar o ambiente e proporcionar estimulação a seus filhos, faz-se importante explorar o modo como a arte é valorizada dentro do universo das criações de metas e práticas parentais voltadas para a socialização da emoção para que seja possível verificar como a arte pode auxiliar no processo de desenvolvimento socioemocional das crianças.

A arte intrínseca à cultura

O contexto cultural no qual estamos inseridos tem impacto importante no desenvolvimento das crianças. É a partir do que está posto na cultura em que as crianças estão inseridas que, inclusive, os pais podem adquirir conhecimentos para pensar e elaborar suas próprias práticas com seus filhos e pensar sobre seus desenvolvimentos (Keller, 1988). Há uma vasta gama de autores que expressam tal influência cultural no desenvolvimento dos indivíduos, entre eles, L. S. Vygotsky.

Segundo Vygotsky (1991), o sujeito não é constituído a priori, pelo contrário, ele é constituído por estar imerso na cultura. Ao mesmo tempo que o sujeito constrói a cultura, é por ela construído. Vygotsky (1991) propõe sua teoria a partir da compreensão de diferentes planos, dentre eles o filogenético, que descreve sobre a biologia/história da espécie da qual pertencemos; o cultural e histórico, que diz respeito ao meio em que estamos inseridos; o ontogenético, que versa sobre a importância do desenvolvimento ser estudado a partir de um entendimento do ciclo vital; e o microgenético, que tenta compreender as interações e experiências particulares de cada indivíduo.

Além disso, a teoria de Vygotsky (1991) aponta para duas linhas distintas de desenvolvimento: a linha de desenvolvimento natural e a linha de desenvolvimento cultural. A primeira diz respeito aos processos mentais, enquanto a linha cultural versa sobre a apropriação de várias ferramentas de mediação ou meios culturais que possibilitam a interação. Portanto, é por meio da cultura e dessas ferramentas que os processos mentais ocorrerão. O que nasce com a criança na linha de desenvolvimento natural como um processo mental inferior, na cultura a partir do uso de ferramentas, será transformado em processos mentais superiores.

Vygotsky (1989) acredita que a linguagem ocorre antes mesmo do pensamento. É a linguagem, quando internalizada, que vai ajudar a construir o pensamento. Isso porque o bebê mesmo antes de nascer, já é inserido em um contexto cultural linguístico, ou seja, já tem contato com a linguagem desde o princípio. Essa linguagem passa, então, a ser mediadora dos processos de desenvolvimento da criança. As ideias de Vygotsky (1991) enfatizam, de maneira plena, a importância da mediação pela linguagem e pelo uso de instrumentos. Segundo o autor, antes de controlar o próprio comportamento, a criança começa a controlar o ambiente com a ajuda da fala, o que produz novas relações com o ambiente. Além disso, é a habilidade para a linguagem que vai possibilitar às crianças o uso de instrumentos. É possível ponderar, no entanto, que a arte pode ser compreendida como uma forma de linguagem, facilitando processos de desenvolvimento e podendo ser utilizada como instrumento para instigar o conhecimento da cultura na qual a criança está inserida.

Segundo Vygotsky (1999), a arte somente poderá ser considerada objeto de estudo científico quando for possível compreender seu papel enquanto função vital da sociedade. Para o autor, a arte destaca-se no estudo social e cultural e pode ter grande influência no modo como age a sociedade. A arte pode ser entendida como um produto cultural e também como mediadora entre o sujeito e o gênero humano, e é, então, intrínseca à cultura, funcionando como um instrumento da sociedade, pois é na representação artística que mora a história da humanidade (Barroco & Superti, 2014).

Dissanayake (1992) propõe que a experiência humana de busca por beleza e arte deve ser compreendida como um processo adaptativo, uma vez que incentiva resolução de problemas, aumenta cooperação e coesão social e promove interação social desde os primeiros meses de vida. Ao mesmo tempo em que a arte é determinada pelo homem social, é capaz de moldar o psiquismo do

mesmo (Vygotsky, 1999). Por isso, Vygotsky (1999) declara que "a arte é o social em nós".

O processo de socialização da emoção e a arte

A partir das interações dos cuidadores com seus filhos, processos são iniciados, entre eles, o de socialização. A noção de socialização diz respeito a um movimento através do qual indivíduos menos experientes aprendem com os indivíduos mais experientes capacidades, padrões de comportamento, habilidades e valores necessários e compatíveis com o contexto cultural no qual os sujeitos estão inseridos (Maccoby, 2015). No entanto, apesar de termos uma criança sendo instruída, não quer dizer que ela não será ativa nesse processo. O movimento de socialização é um exercício de coprodução, em que os indivíduos experientes e inexperientes produzem e constroem o desenvolvimento em conjunto (Mendes, 2018). Nessa operação, comportamentos, crenças e práticas parentais são entendidos como potências que moldam o desenvolvimento da criança e colaboram com a formação de capacidades e compreensões sociais necessárias para a interação em sociedade (Maccoby, 2015). Dessa forma, o modo como os pais socializam seus filhos corrobora a ideia de que as crianças são ativas e colaboram com a forma com que são socializadas.

A partir das interações entre as díades, diferentes tipos de *self* são constituídos (Pessôa et al., 2016). Segundo Keller (1988), os pais valorizam metas de socialização voltadas para a autonomia e/ou a independência e exercem práticas parentais com os filhos que perpassam essas metas. Tais valorizações podem gerar diferentes trajetórias de socialização e diferentes tipos de *self*, que seriam um *self* autônomo, privilegiando a independência, com um relacionamento distal entre os cuidadores; um *self* interdependente, com ênfase na

relação e no relacionamento proximal; e um *self* autônomo-relacional, priorizando tanto a autonomia quanto a relação (Keller, 2012). É a partir dessas valorizações dos sistemas, acrescidas as ideias de crenças e metas de socialização (Keller, 1988), que o *self* do bebê será direcionado para a independência, a interdependência e a autonomia (Pessôa et al., 2016).

No universo das metas de socialização e cuidado parentais valorizadas pelos cuidadores, temos aquelas que são voltadas para a emoção e que estão inter-relacionadas ao desenvolvimento emocional das crianças. Essas abordam os valores e as concepções que os pais têm acerca da emoção e são objetificadas a partir de práticas e estratégias de socialização durante o desenvolvimento de seus filhos (Fonseca, Cavalcante & Mendes, 2017). Todos os planejamentos e objetivos estabelecidos pelos cuidadores estão de acordo com o que está dado no contexto em que vivem, permeado e mediado pela cultura (Mendes & Ramos, 2020). Assim, as emoções vão obter seus significados na cultura (Fonseca, Cavalcante & Mendes, 2017).

A socialização da emoção, portanto, é também um processo de desenvolvimento realizado em coprodução. Segundo Eisenberg, Spinrad e Cumberland (1998), os agentes da socialização apresentam comportamentos de forma a influenciar a aprendizagem sobre emoções, no sentido de colaborar com atividades de expressão emocional, experiência emocional e regulação emocional. Essa aprendizagem será constituída a partir de crenças e valores dos agentes de socialização acerca das emoções (Mendes, 2018). Além disso, espera-se que tais aprendizados acerca das emoções possam ajudar as crianças a compreenderem as relações entre as emoções e o funcionamento dos indivíduos em sociedade (Eisenberg et al., 1998).

Os pais são tidos como os principais agentes de socialização, já que comumente são os primeiros a ensinar às crianças a expressarem suas emoções e também a reconhecê-las em outras pessoas (Mendes

& Ramos, 2020). Assim como toda a construção da parentalidade, acredita-se que é na presença da cultura e no contexto familiar que a criança tem suas primeiras experiências emocionais e desenvolve seu conhecimento acerca das emoções (Mendes, Pessôa & Cavalcante, 2016). Os cuidadores são considerados os principais agentes nesse processo de expressão e reconhecimento de emoções desde suas primeiras interações sociais. De acordo com Mendes (2018), as crianças podem experienciar e aprender sobre emoções mesmo quando não há intenção de socialização, ou seja, esse processo ocorre mesmo quando os cuidadores não estão atentos a ensinar ou transmitir valores diretamente sobre emoções.

Há, portanto, modos diretos e indiretos de compor o processo de socialização da emoção (Eisenberg et al., 1998). Na primeira forma, tida como um modo direto, estão incluídas todas as manifestações comportamentais relacionadas a emoções tidas por adultos e em direção às crianças (Eisenberg et al., 1998). No segundo modo, o tido como indireto, estão presentes todas as vivências e experiências que são compreendidas em situações comuns do cotidiano, nas quais as crianças podem observar comportamentos acerca das emoções e experimentar manifestações emocionais (Eisenberg et al., 1998). Assim, pode-se concluir que os indivíduos estão constantemente expostos a situações com potencial para impactar suas experiências, expressões ou regulação emocional, o que indica que as capacidades relacionadas às emoções são fundamentais para a fundamentação de competências sociais de forma generalizada (Mendes, 2018).

As metas de socialização relacionam-se com as crenças parentais assim como às práticas parentais que os pais terão com os seus filhos, isto porque a forma como os pais pensam o desenvolvimento de seus filhos terá importante impacto na forma como será exercido o cuidado com o mesmo. Nas metas de socialização ligadas às emoções, Eisenberg et al. (1998) apontam três principais temáticas para

a compreensão das práticas parentais. A primeira delas diz respeito às reações dos pais às expressões emocionais de seus filhos. A segunda estuda as expressões emocionais dos próprios pais diante das situações e experiências de vida. O terceiro tema compreende os diferentes modos de narrativas acerca das emoções que as crianças têm acesso. Os estudos de Denham e Burton (2003) também trabalham seguindo o mesmo raciocínio de temas para compreender como são formadas as metas de socialização voltadas para a emoção: a forma como os adultos se expressam emocionalmente; as reações que eles possuem acerca das emoções expressas pelas crianças; a forma e conteúdo envolvidos no ensinar sobre as emoções.

Na primeira fonte de compreensão, tem-se o comportamento de adultos em suas próprias expressões emocionais impactando a aprendizagem das crianças. Uma vez que a criança observa um comportamento emocional, esse registro entrará para seus conhecimentos em relação às emoções e tem capacidade, ainda, de colaborar para indicar para si mesma emoções que podem estar relacionadas a determinados comportamentos, assim como ajudá-la a compreender reações de outros indivíduos (Mendes, 2018). Dessa forma, as crianças tendem a reproduzir padrões de respostas emocionais que os pais apresentam. Por exemplo, se pais demonstram afetividade, os filhos têm maior probabilidade de apresentar comportamentos afetivos com os colegas, o mesmo pode ocorrer em relação à falta de demonstração da afetividade (Denham & Burton, 2003).

No segundo componente do modelo tem-se as respostas parentais para expressões emocionais dos filhos. A forma como os pais recebem e reagem às expressões emocionais das crianças influenciam o modo como as mesmas desenvolvem capacidades de compreensão da emoção, como serão suas expressões futuras das emoções e como aprendem e tornam-se aptas a realizar sua regulação emocional (Mendes, 2003). Além de incentivar o modo pelo qual as crianças

constroem seus comportamentos emocionais, a reação de indivíduos acerca das expressões das crianças pode, ainda, gerar competências sociais de forma generalizada, como por exemplo amizades. Faz-se importante destacar, ainda, que o gênero – tanto dos pais quanto das crianças – pode influenciar e diferenciar-se na forma com a qual as respostas às expressões emocionais dos filhos serão desenvolvidas (Mendes, 2018).

No terceiro tema de investigação tem-se o ensinar sobre as emoções. Esse ensino pode ocorrer de diversas formas, no entanto, é o instruir através de palavras que caracteriza de forma mais geral este componente. Ao explicar verbalmente para as crianças o que caracteriza determinada emoção, elas podem compreender suas respostas emocionais e também a de outras pessoas em seu contexto social, colaborando para a inserção das mesmas na sociedade (Denham & Burton, 2003). Os adultos que abordam temas de manifestação emocional ajudam as crianças a identificar, experienciar e também regular as suas próprias emoções (Mendes, 2018).

A partir desse modelo de compreensão acerca da aprendizagem das crianças sobre as emoções, pode-se identificar a importância que as emoções apresentam no que diz respeito à socialização, à geração de competências sociais e, por conseguinte, à inserção das crianças na sociedade (Mendes, 2018). No entanto, o entendimento no que concerne às emoções ou a forma como a inserção social será pensada pelos pais é intimamente ligada ao contexto social no qual os indivíduos estão inseridos (Fonseca, Cavalcante & Mendes, 2017).

Assim como as interações sociais entre filhos e cuidadores, o processo de socialização das crianças também será concebido perpassando pelo contexto sociocultural (Seidl-de-Moura et al., 2004). Uma mãe ao interagir com seu bebê se utiliza de todas as representações e expectativas, sobre o mundo e sobre o próprio bebê, que são

criadas a partir de toda uma existência que é permeada pelo contexto sociocultural em que vive (Ribas & Seidl-de-Moura, 1999).

Dessa forma, o campo das emoções, que é específico e inerente ao homem, é brutalmente impactado pelo contexto que o cerca. E faz-se necessário, portanto, pensar sobre esse ambiente que cerca tanto a criança quanto seus cuidadores, para que o mesmo contemple aspectos que promovam o desenvolvimento de capacidades cognitivas, sociais e culturais nessa criança. Dentro desse contexto, no entanto, temos a arte como parte intrínseca da sociedade, fazendo com que a própria arte também possa funcionar como instrumento de impacto no campo emocional dos indivíduos. Segundo Vygotsky (1999), a obra de arte é capaz de criar imagem para as emoções fazendo com que seja possível enxergar os sentimentos de forma mais clara e aperceber-se dos mesmos. Dessa forma, a arte torna possível uma vivência acerca das emoções. Essa experimentação vivencial será feita, portanto, através do contexto histórico, social, cultural e geracional em que o sujeito está inserido.

Segundo Barroco e Superti (2014), tem-se a ideia de que a arte é capaz de fazer experimentar sentimentos que estão espalhados na cultura. Para Vygotsky (1999), a ideia central da arte seria justamente esta vivência da obra, superando o material da forma artística para dar início a um processo experimental chamado de técnica social do sentimento. Tal experiência é proposta como técnica social uma vez que o ser humano pode, através da arte, expressar-se e apropriar-se do que está dado, que é na realidade uma vivência de outra pessoa. Dessa forma, o ser humano pode conhecer a si mesmo e também ao mundo que o cerca (Barroco & Superti, 2014).

Segundo Vygotsky (1999), ainda que o contato com a arte esteja primeiramente relacionado ao sensorial, posteriormente o mesmo é capaz de promover o exercício do pensamento. Ligada à prática do pensar, ao entrarmos em interação com uma obra de arte, também

estamos possibilitados a processos de imaginação. A imaginação funciona como uma descarga de sentimentos intensificada pela atividade do pensamento. Para o autor, a imaginação faz-se importante junto a uma obra de arte pela intensificação dos pensamentos e sentimentos que a mesma é capaz de gerar. As emoções são fortemente apresentadas durante a imaginação e, ao mesmo tempo, podem resolver-se na própria imaginação, não necessitando apresentar-se fisicamente de forma regular.

Além disso, o contato com uma obra de arte pode provocar uma contradição emocional, com sentimentos opostos entre si e neste processo fazer uma liberação de energia que Vygotsky (1999) atribui ao conceito de *catarse* para definir um processo de experimentação e liberação de sentimentos.

Segundo Vygotsky (1999), "a arte é o social em nós", ou seja, mesmo que as emoções experienciadas a partir do contato com uma obra de arte sejam individuais, o social aparece como forma de compreensão desta emoção e do contexto que circunda a obra. Para o autor, a arte não se torna social devido a um efeito de contágio em que as emoções passam de uns indivíduos para outros e sim ao contrário: a própria obra de arte contém em si a materialização da função das emoções expressas na sociedade. Além disso, o contato com a obra de arte pode ajudar a estruturar e ordenar os sentimentos que estão sendo experimentados, funcionando como uma mediação para equilibração socioemocional. Desta forma, é possível que a arte seja compreendida como um instrumento social que permite experimentação socioemocional.

A importância dessa experimentação é fundamental pois, segundo Keller e Otto (2009), as emoções estão intimamente ligadas à experiência, e, por isso, o social é capaz de dar sentido à expressão das emoções. Além disso, ambos os autores acreditam que não se pode compreender a arte como produto de uma única pessoa e sim,

como um objeto cultural concebido a partir de uma determinada técnica que foi construída socialmente (Barroco & Superti, 2014). Para as crianças, em especial, a experiência é um processo importante uma vez que é na ação que podem compreender melhor e acomodar os aprendizados, inclusive os que se relacionam com o campo das emoções (Keller & Otto, 2009).

Faz-se importante pontuar que, segundo Denham e Burton (2003), a socialização emocional está intimamente ligada ao conhecer e ensinar sobre as emoções. Se a arte apresenta-se como experimentação e possibilidade de conhecer a si próprio e ao mundo que cerca o indivíduo, pode então ser compreendida como colaboradora para a socialização emocional. Além disso, é importante enfatizar que a arte faz parte do plano cultural e histórico proposto por Vygotsky (1991), uma vez que é intrínseca e também resulta do contexto cultural em que o sujeito está inserido. Ademais, a produção artística presente no ambiente pode funcionar como um instrumento, que possui notável importância na teoria de Vygotsky, visando colaborar com o desenvolvimento ontogenético do indivíduo.

Em diferentes épocas e contextos, os sujeitos podem ter diferentes leituras das obras de arte. Mesmo que o indivíduo possua as mesmas competências emocionais que sujeitos de diferentes tempos e contextos históricos, a forma como a arte será vivenciada pelo mesmo é indiscutivelmente distinta. Isso ocorre, pois a experiência a partir do contato com uma obra de arte é singular, dado que o próprio ser humano, imerso em sua cultura – que inclui o modo como foi apresentado ao mundo e inserido no mesmo por seus pais – é singular. Dessa forma, não é possível garantir o modo como uma obra de arte será capaz de impactar emocionalmente os indivíduos (Vygotsky, 1999), mas tendo em vista que a arte promove experimentação socioemocional, no contato com a arte, algum tipo de emoção será gerada.

A arte como dispositivo socioemocional: revisitando publicações na área

Na cultura e no contexto social, que cercam o bebê desde o nascimento, existem modos de pensar e socializar encontrados em gestos, sonoridades, ritmos, olfato, paladar, contato físico e visual que enriquecem a experiência humana, os quais o bebê utiliza-se para conectar-se socialmente (Carvalho & Santos, 2019). É a partir da troca com tais dimensões que é possível a interação e a promoção do acesso ao universo simbólico da cultura (Carvalho, Lopes & Cancela, 2015). Dentro deste contexto, a arte destaca-se como inerente ao meio social e ao universo simbólico da cultura.

Segundo Leite (2006), a arte pode ser compreendida como um sistema de comunicação de códigos que está aberto para constante interpretação e mudança, promovendo maneiras particulares de conhecimento, comunicação e expressão, gerando também reações emocionais. Desta forma, os espaços de cultura retêm a memória de um povo e por isso, são encarregados de preservar as obras de arte. Tais espaços devem funcionar como locação de dispositivos e memórias que possam ser acionados em diferentes tempos. Além disso, é através da obra de arte que a humanidade, em seu percurso histórico, busca disseminar ideias e novos conhecimentos (Araújo, 2018). Na vinculação do sujeito com o objeto de arte, ainda, é possível explorar e desenvolver sensibilidades e a própria subjetividade humana (Martineli & Almeida, 2017).

Os espaços de cultura que permitem o contato com a arte apresentam-se também como ambientes disponíveis para trocas emocionais (Carvalho & Santos, 2019). Isto ocorre pois no contato com a obra de arte é possível observar processos cognitivos e de aquisição de conceitos que são gerados pela emoção experimentada diante de um produto artístico (Carvalho, Lopes & Cancela, 2015). A obra de

arte traz em si expressão de sentimentos pessoais, fazendo com que ela seja um produto de emoção, gerando trocas emocionais (Asbahr, 2019). Especificamente no que tange ao desenvolvimento infantil, é possível verificar que no contato com obras de arte, as crianças são instigadas a experienciar trocas em grupo e interações sensoriais, apontando para contribuições significativas em seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo (Carvalho & Santos, 2019).

Além disso, segundo Carvalho e Santos (2019), na infância, as relações afetivas e as trocas emocionais mostram-se intensamente perpassadas pela dimensão estética. Bebês recém-nascidos já apresentam trocas afetivas com seus cuidadores que são acompanhadas muitas das vezes pela musicalidade. Dessa forma, munidos de habilidades de compreensão estética, aprendem e desenvolvem-se através da experiência de estar presente com que está posto na cultura. Essa vivência gera também a experiência emocional e é base constituinte para o desenvolvimento que segue a ontogênese da criança (Oliveira & Stoltz, 2010). Assim, o ambiente em que a criança vai desenvolver suas características socioemocionais deve ser pensado e cuidado para que ela tenha diferentes recursos experienciais. Se neste ambiente ela encontra produtos que ajudam a contar a história de emoções experimentadas na história humana (Leite, 2006), isto pode ajudá-la a desenvolver-se de maneira mais ampla social e emocionalmente.

Em adição ao desenvolvimento socioemocional, segundo Asbahr (2019), o contato com a arte destaca-se particularmente pelo processo de humanização e sensibilidade, uma vez que tem potencial de gerar experiências emocionais não cotidianas, provocando a constituição de uma organização psíquica mais elaborada. Tais organizações desenvolvidas criam conteúdos também elevados, dentre eles a imaginação. A imaginação torna-se, no desenvolvimento infantil, elemento fundamental para o processo de aprendizagem e aquisição

de conhecimento, inclusive no que diz respeito à compreensão das emoções (Carvalho & Santos, 2019).

Segundo Martineli e Almeida (2017), o cérebro humano não se limita a ser um órgão apenas repetidor de observação e experiências, mas também é capaz de elaborar processos de criação. Esta atividade criadora do cérebro, nomeada como imaginação, é percebida desde os primórdios da vida do ser humano, sendo parte integrante do desenvolvimento na infância do mesmo (Martineli & Almeida, 2017). Durante a infância, a brincadeira pode ser entendida como uma reelaboração criativa combinada com aspirações da criança, resultando em processos de atividade da imaginação (Schlindwein, Martins & Oliveira, 2019). Além disso, a imaginação tem como base principal a associação de elementos que ajudam a modificar o presente e projetar o futuro (Martineli & Almeida, 2017).

Com o intuito de ampliar a atividade criadora e imaginativa das crianças, é necessário alastrar a experiência vivencial das mesmas (Martineli & Almeida, 2017). Desta forma, quanto mais a criança encontra-se cercada de experiências consideradas estimulantes para sua criatividade – isto é, mais estimulada a ver, ouvir e experimentar coisas novas e disponíveis em sua realidade – mais fortalecida será a sua base para processos imaginativos (Martineli & Almeida, 2017). Segundo Schlindwein, Martins e Oliveira (2019), o desenvolvimento do homem – inclusive no que diz respeito ao desenvolvimento social e emocional – constitui-se a partir das experiências vivenciadas por ele. Os mesmos autores corroboram a ideia de Vygotsky (1999) de que a vivência de uma criança, conjuntamente com a influência do meio social em que esta está inserida, é fator de extrema importância para o desenvolvimento social, emocional e cognitivo.

Segundo Carvalho e Santos (2019), as experiências vivenciais das crianças são fortemente impactadas pelos acontecimentos e manifestações presentes na cultura em que esta criança está inserida.

Desta forma, as autoras reforçam o papel da criança como ser ativo em seu meio social e cultural ao afirmarem que o movimento de considerar as experiências das crianças apenas no que está circunscrito e socialmente denominado como experiências da infância é um movimento simplório e ingênuo. Uma vez que não são alheias à cultura dita como adulta, também não estão alheias aos atravessamentos que a mesma causa em seu desenvolvimento.

Inseridas no meio sociocultural que as cercam, temos as crianças sendo impactadas por experiências também coletivas, pois como aponta Araújo (2018), vivências não são apenas acontecimentos individuais. Segundo o autor, as experiências são interações constantes com o meio social. Ao mesmo tempo, o autor versa sobre a linguagem expressiva da arte como diálogo entre ideias presentes no mundo (Araújo, 2018). Segundo Oliveira e Stoltz (2010), as experiências que envolvem o contato com a arte são consideradas eventos significativos, pois o espectador pode experimentar diferentes mundos ficcionais e ter o contato com distintos acontecimentos da história real da humanidade. Além disso, a vivência proporcionada pelo contato com uma obra de arte é capaz de possibilitar que o sujeito repense seu próprio meio social e amplie processos criativos.

Carvalho e Santos (2019) chamam atenção para as habilidades sociais e a sensibilidade estética dos bebês. Para as autoras, nos primeiros anos de vida dos bebês, a atenção disposta a eles envolve seus cuidados básicos e protetivos, mas já é possível perceber que apesar de não conceituarem a arte, têm a possibilidade de serem atraídos pela dimensão estética da mesma. Desta forma, ainda que não realizem processos de pensamento acerca do objetivo ou do significado da obra de arte, conseguem prontamente estar em contato com experiências anteriores da humanidade que são recuperadas através da arte, ampliando seu repertório social, cultural e emocional.

Além disso, segundo Eça (2010), o contato com a arte, desde a primeira infância, é capaz de gerar um desenvolvimento vasto de capacidades criativas e competências críticas. Ainda de acordo com o autor, a escola encontra-se como ambiente propício para o uso de arte, uma vez que a educação através da arte pode ajudar a construir alunos mais dispostos academicamente, mais persistentes, ousados, críticos, justos em relação a suas opiniões, com mais amplas habilidades inter e intrapessoais e entre outros. Em comparação com os alunos que não foram expostos à educação artística na escola, para aqueles sem contato com a arte em ambiente escolar, não foi possível observar tais desempenhos acima citados.

Araújo (2018) propõe uma pesquisa com estudantes do nono ano da rede pública de ensino de uma escola em Minas Gerais – Uberlândia. A pesquisa proposta tinha o objetivo de entrar em um museu e estar em contato com as obras de arte presentes nele. Segundo o autor, a pesquisa partia do princípio de que instituições culturais como um museu de arte podem ampliar e diversificar interpretações da realidade, fazendo com que os alunos tornem-se mais críticos e possíveis de modificar leituras de mundo. Como resultado prático nas aulas, após a visita ao museu, o autor identificou alunos mais participativos em suas aulas. Além disso, o estudo aponta para a percepção de que a vivência artística pode ajudar a elaborar emoções e tornar nítidas suas percepções. Atenta-se, ainda, para o fato de que a educação artística tem a capacidade de, através de um aluno, impactar toda sua família, pois obteve respostas significativas dos estudantes com o desejo de retornar ao ambiente do museu com seus familiares, que poderão, então, passar pelo mesmo processo de vivência artística e constituir apreensões próprias desta experiência.

No entanto, é preciso que ambientes artísticos também sejam pensados para incluir as crianças. Em museus, por exemplo, Carvalho, Lopes e Cancela (2015) apontam para a necessidade de

promoção de atividades educativas destinadas às crianças para que sejam estimuladas capacidades cognitivas, de observação e imaginativas. Este espaço, contudo, deve ser construído para coabitar adultos e crianças de maneira significativa (Carvalho & Santos, 2019). Por vezes, a infância encontra-se em um recorte de mercado, gerando ambientes e produções específicas voltadas para este público: cinemas, teatros, literatura que abrange somente o público infantil. Segundo Leite (2006) e Carvalho e Santos (2019), essas práticas possuem sua relevância, no entanto, dificultam a possibilidade das crianças de estarem em contato com vivências geracionais e que dizem respeito à história da humanidade.

Para Marques (2018), a sociedade constrói a arte voltada para o público infantil de forma a demonstrar-se frequentemente como limitada e ingênua, pois supõe que é a única forma de compreensão na infância, uma vez que outros temas considerados mais sérios são tidos como inacessíveis às crianças. Isso ocorre, pois, a infância é amplamente definida como período de falta de responsabilidade, porém é preciso compreender que o período da infância e sua definição muda durante as décadas e é diretamente influenciado pela cultura em que a criança está inserida (Silvestre & Martha, 2015).

Dessa forma, a concepção de arte para a infância também vai ser modificada através do tempo e do contexto sociocultural. No entanto, sua presença faz-se importante de forma geral, uma vez que a partir do contato com a arte as crianças têm experiências socioemocionais, são incentivadas a imaginar e a produzir catarse e desenvolvem competências criativas e críticas (Martineli & Almeida, 2017; Eça, 2010; Carvalho & Santos, 2019; Araújo, 2018). Faz-se necessário também pontuar que expressões artísticas ou estéticas são amplamente compreendidas pelas crianças, e para gerar mais contato das mesmas com a arte e colaborar para seu desenvolvimento socioemocional, não deve ser suposto que algumas dessas expressões

sejam demasiadamente complexas para o entendimento delas. Assim, além de produções específicas para cada público, os espaços e produtos artísticos devem também coexistir para adultos e crianças (Carvalho & Santos, 2019).

Como apresentar arte para crianças

O campo das artes é bastante vasto e, como é parte intrínseca da sociedade, não deve ser alheio a nenhum indivíduo, inclusive às crianças. As crianças, em especial, têm uma predileção espontânea por diferentes formas artísticas, como música, dança ou poesia e rima (Dissanayake, 1992). Uma quantidade substancial de pesquisas foi realizada sobre a percepção e apreciação musical dos bebês e aprendemos que algumas obras de música são igualmente atraentes para bebês e adultos (Lamont, 2021). De acordo com Cacchione et al. (2011), bebês de um ano apresentam preferências estéticas no campo visual e podem discriminar entre versões originais e modificadas de pinturas. Especialmente nas áreas de literatura infantil e artes cênicas, artistas de todo o mundo adquiriram experiência na comunicação com o público infantil. As artes cênicas da primeira infância cresceram nas últimas décadas e envolvem a criação de espaços atmosféricos que chamam a atenção dos bebês para que eles possam experimentar uma performance não apenas como observadores silenciosos, mas também como participantes ativos (Drury & Fletcher-Watson, 2017).

Apesar dessa predilecão espontânea, é necessário que a arte seja apresentada para as crianças de forma com que sejam mais prazerosas para as mesmas e que as façam sentir participantes de tal ambiente. A historiadora da arte e escritora francesa Françoise Barbe-Gall publicou, em 2002, um livro específico sobre esta temática entitulado *Como falar de arte com as crianças*. Nesta publicação, a autora

traz importantes contribuições sobre como adereçar os ambientes artísticos para as crianças, principalmente no que tange a visitação de espaços culturais como museus e exposições.

Apesar da ideia de que as crianças podem ter uma predisposição estética pelo material artístico que lhes é apresentado (Dissanayake, 1992), Françoise Barbe-Gall (2002) postula que o interesse pode não ser automático. Assim, no contato com alguma obra de arte, ela aconselha a abandonar o viés reflexivo. Segundo a autora, os argumentos de beleza ou que trazem profunda reflexão não convencem as crianças a dar atenção para uma obra de arte, ao contrário, as faz sentir desinteresse. Assim, é mais aconselhável deixar as crianças criarem seu próprio olhar sobre o que lhes é apresentado. O mesmo acontece com o viés teórico da arte: é necessário abandoná-lo para dar mais enfoque à primeira impressão que a criança pode ter daquela obra e explorar tal impressão (Barbe-Gall, 2002).

Segundo a autora, é aconselhável que quando acompanhadas por adultos em ambientes artísticos, os adultos possam falar com clareza para as crianças sobre as características que mais gostam ou mais chamam sua atenção dentro da obra de arte, para que isso gere uma situação instigante e abra espaço para que as crianças também possam falar sobre suas próprias observações. Uma vez que estão falando sobre suas impressões pessoais, já estão, em si, pensando e consumindo arte. Além disso, é importante que, além das características mais chamativas, seja possível falar sobre a sua experiência emocional no contato com a obra de arte. Dessa forma, as crianças não só poderão sentir-se mais livres para se expressarem, mas também para efetivamente se abrirem para estarem em contato com as emoções que são despertadas a partir de uma obra.

Barbe-Gall (2002) aponta para a necessidade dos adultos de conter o entusiasmo e a expectativa de como a criança vai se portar frente à obra de arte, pois isso pode atrapalhar seu próprio processo

de observação e contato com as obras. Além disso, é importante deixar a criança fazer suas próprias escolhas, e isso envolve apresentar a obra de arte e deixar a criança escolher ter interesse ou não por ela. Não é indicado forçar ou determinar os lugares aos quais as crianças devem ir durante uma exposição. Assim como é importante poder abandonar a cronologia organizada pelo estabelecimento e deixar a criança livre para ir ao encontro do que lhe chama a atenção e/ou sente prazer em apreciar.

Para uma visita em um ambiente artístico é indicado que a escolha do dia de visitação já seja dada pensando um padrão, por exemplo, é recomendável que não seja um dia de tempo muito bonito, muito cedo ou muito tarde ou que instigue a criança a querer fazer outro tipo de passeio. Talvez tardes um pouco nubladas possam ser os melhores dias para tal visita (Barbe-Gall, 2002). Para que a visita funcione de maneira interessante, também é sugerido que as regras do local sejam conversadas com a criança com antecedência, e que ela seja alertada dos motivos pelos quais deve se portar de determinada maneira. Assim, faz-se importante conversar sobre a fragilidade das obras, sobre seus valores de produção única e sobre como é importante respeitar os ambientes artísticos. É aconselhável, ainda, que a visita em si não seja longa. Ficar muito tempo com a impossibilidade de tocar nos objetos ou não falar muito alto pode ser um esforço muito grande para a criança e isso pode levar ao desinteresse pelo ambiente artístico. É mais válido que a criança passe cinco minutos observando atentamente uma obra de arte do que ficar por uma hora andando sem atenção (Barbe-Gall, 2002).

É importante que a visitação a um ambiente artístico seja feita de forma livre para a criança, por isso, é aconselhável que não se exite em retornar diversas vezes para contemplar a mesma obra, se isso é o que a criança deseja (Barbe-Gall, 2002). Além disso, Barbe-Gall (2002) aponta para o fato de ser interessante pensar em comprar

uma lembrança da visita, especialmente se há algo referente à obra que mais destacou-se para a criança, pois dessa forma, ela poderá ter uma completa liberdade de manipulação da obra, através de sua representação. Por fim, a autora aconselha sempre que necessário parar para descansar ou ir à cafeteria para comer e beber.

Como é possível observar, é de extrema importância a mediação dos adultos na introdução das crianças a ambientes artísticos, por isso, faz-se necessário que os adultos possam implicar-se em tarefas como levar crianças a museus e incentivar o contato das mesmas com a arte. Frequentar ambientes artísticos pode gerar excelentes oportunidades de criação de uma rede de desenvolvimento e aprendizagem social, emocional, histórica e cultural de adultos e crianças.

***

A existência intrínseca da arte na cultura e o impacto do contexto na forma como as pessoas compreendem e desenvolvem seus processos sociais e emocionais são inegáveis. Além disso, a socialização emocional, assim como discorrido neste capítulo, está intimamente ligada ao conhecer e ensinar sobre as emoções e a experiência vivencial das mesmas. Ao mesmo tempo, a arte detém potência para colaborar tanto com a compreensão quanto com o ensinar sobre as emoções e sendo aparelhagem através da qual é possível ter experiências vivenciais das emoções.

O interesse em conhecer sobre o desenvolvimento infantil deve também abarcar o interesse em conhecer sobre o processo de socialização das crianças. Pesquisar e compreender sobre questões de interação social é de extrema importância para pensar sobre promoção de saúde, uma vez que as crianças estão incluídas em nossa cultura, que impõe socialização. Além disso, o desdobramento do processo de desenvolvimento emocional está intimamente relacionado à

socialização, uma vez que é necessário compreender as emoções não só dos indivíduos, mas também as postas pelo próprio contexto cultural, para que a leitura social seja mais fluida, facilitando a comunicação e a interação social.

Dessa forma, o interesse em promover saúde social para as crianças deve ser entendido também como o interesse em conhecer sobre a cultura que cerca os indivíduos, sendo a arte parte indissociável da mesma. Assim, faz-se necessário e coerente que essa relação seja explorada, com o intuito de compreender o modo pelo qual a arte pode ser utilizada como dispositivo de estímulo de desenvolvimento socioemocional, o qual pode colaborar para promoção de saúde.

Segundo os estudos apresentados (Martineli & Almeida, 2017; Eça, 2010; Carvalho & Santos, 2019; Araújo, 2018), a exposição à arte gera experiências que envolvem trocas em grupo e interações sensoriais, o que incentiva a socialização e intensifica o desenvolvimento emocional e cognitivo. Para existir dentro da cultura, é necessário pensar sobre a socialização e também sobre as emoções, uma vez que ambas relacionam-se no contato entre os indivíduos. Dessa forma, usar a arte para colaborar com a promoção de tais competências torna-se um processo de promoção da saúde altamente significativo. Além disso, o contato das crianças com a arte ainda pode incentivar a imaginação e o desenvolvimento de habilidades de comunicação e pensamento crítico (Martineli & Almeida, 2017).

Assim, quanto mais as crianças estiverem em contato com a arte enquanto ferramenta de promoção de saúde, mais elas poderão ter acesso a materiais que podem promover o desenvolvimento de processos cognitivos, emocionais, sociais, críticos, sensitivos, estéticos e de criatividade. Em suma, pensar sobre a arte dentro das crenças e práticas parentais faz-se tema essencial para pesquisas que envolvem a promoção da saúde no desenvolvimento infantil.

Os estudos voltados para a pesquisa conjunta entre arte e Psicologia são escassos. Dentro desse número reduzido de literatura, há trabalhos voltados para a arte e desenvolvimento dentro do contexto escolar, no entanto, pouco é investigado sobre a valorização que a arte ocupa no que tange à construção da parentalidade e das expectativas acerca do desenvolvimento dos filhos. Dessa forma, este capítulo mostra-se relevante na tentativa de colaborar para o aumento de produções na área e gerar discussão sobre como a arte pode ser utilizada como dispositivo para ajudar no processo de socialização da emoção das crianças.

Referências

Araújo, G. C. (2018). Arte, escola e museu: análise de uma experiência em arte/educação no Museu Universitário de Arte – MUnA. *Educação e Pesquisa* [online], 44.

Arte. (2021). Oxford English Dictionary.

Asbahr, F. S. F. (2019). Sentido pessoal, atividade de estudo e educação artística: um estudo de caso. *Psicologia Escolar e Educacional* [online], 23.

Barbe-Gall, F. (2002). *Como falar de arte com as crianças*. São Paulo: Martins Fontes.

Barroco, S. M. S., & Superti, T. (2014). Vigotski e o estudo da psicologia da arte: contribuições para o desenvolvimento humano. *Psicologia & Sociedade* [online], 26(1), p. 22-31.

Cacchione, T., Möhring, W., & Bertin, E. (2011, May 30). What is it about Picasso? Infants' categorical and discriminatory abilities in the Visual Arts. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts.* Advance online publication.

Carvalho, C., Lopes, T. B., & Cancela, C. D. M. (2015). Dos quadrinhos para o museu: a democratização da informação em artes para o público infantil. *ARS*, São Paulo [online], 13.

Carvalho, C., & Santos, M. E. T. (2019). Bebês, museus e mediação: da dimensão estética às relações. *Educação & Realidade* [online], 44(4).

Denham, S., & Burton, R. (2003). *Social and emotional prevention and intervention programming for preschoolers*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Dissanayake, E. (1992). *Homo aestheticus: Where art comes from and why.* New York: Free Press.

Drury, R. C., & Fletcher-Watson, B. (2017). The infant audience: The impact and implications of child development research on performing arts practice for the very young. *Journal of Early Childhood Research*, 15(3), p. 292-304.

Eça, T. T. P. (2010). Educação através da arte para um futuro sustentável. *Cadernos CEDES* [online], 30.

Eisenberg, N., Spinrad, A., & Cumberland, T. L. (1998). Parental Socialization of Emotion. *Psychologycal Inquiry*, 9(4), p. 241-273.

Fonseca, B. R., Cavalcante, L. I. C., & Mendes, D. M. L. F. (2017). Metas de socialização da emoção: um estudo de mães residentes no meio rural. *Psico*, 48(3), p. 174-185.

Harkness, S., & Super, C. M. (1992). Parental ethnotheories in action. In: Irving, E. Sigel; McGillicuddy-DeLisi, Ann V., & Goodnow, Jacqueline J. (Orgs.). *Parental Belief Systems: The psychology consequences for children*. Hillsdale, New Jersey/Hove, UK: Lawrence Erlbaum.

Keller, H. (1988). Diferentes Caminhos de Socialização até a Adolescência. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, São Paulo, 8(1/2).

Keller, H. (2012). Autonomy and relatedness revisited: cultural manifestations of universal human needs. *Child Development Perspectives*, 6(1), p. 12-18.

Keller, H., & Otto, H. (2009). The cultural socialization of emotion regulation during infancy. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40(6), p. 996-1011.

Lamont, A. (2021). Listening to, evaluating and appraising music. In: Creech, A., Hodges, D. A. & Hallam, S. (Eds.). *Routledge international handbook of music psychology in education and the community*. Routledge/Taylor & Francis Group, p. 116-130.

Leite, M. I. (2006). Crianças, velhos e museu: memória e descoberta. *Cadernos CEDES* [online], 26(68).

Maccoby, E. E. (2015). Historical overview of socialization research and theory. In: Grusec, J. E., & Hasting, P. D. (Eds.). *Handbook of socialization: theory and research*. New York: The Guilford Press. p. 3-32.

Martineli, T. A. P., & Almeida, E. M. (2017). Contribuições da concepção vigotskiana de arte para o ensino da cultura corporal. *Psicologia Escolar e Educacional* [online], 21(3).

Marques, P. N. (2015). O "jovem" Vygótski: inéditos sobre arte e o papel da criação artística no desenvolvimento infantil. *Educação e Pesquisa* [online], 44.

Marques, P. N. (2018). O "jovem" Vygótski: inéditos sobre arte e o papel da criação artística no desenvolvimento infantil. *Educação e Pesquisa* [online], v. 44.

Mendes, D. M. L. F. (2018). Socialização da emoção no desenvolvimento infantil. In: Pessôa, L. F., Mendes, D. M. L. F., & Seidl-de-Moura, M. L. *Parentalidade: Diferentes perspectivas, evidências e experiências*. Curitiba: Appris. p. 83-104.

Mendes, D. M. L. F., & Ramos, D. (2020). Concepções parentais sobre emoções e o desenvolvimento emocional de crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36.

Mendes, D. M. L. F., Pessôa, L. F., & Cavalcante, L. I. C. (2016). Metas parentais de socialização da emoção e modelos de self: uma articulação conceitual. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(2), p. 450-468.

Mendes, D. M. L. F., Sant'Anna, J. L, & Ramos, D. O. (2019). Metas parentais de socialização sobre emoções: um estudo exploratório. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(3), p. 686-703.

Nogueira, S. E. (2009). A comunicação pré-verbal. In: Moura, R. (Ed.). *Interação social e desenvolvimento*. Curitiba: Editora CRV. p. 101-115.

Oliveira, M. E., & Stoltz, T. (2010). Teatro na escola: considerações a partir de Vygotsky. *Educar em Revista* [online], 36.

Pessôa, L., Seidl-de-Moura, M. L., Ramos, D. O., & Mendes, D. (2016). Sistemas de cuidados e o discurso de diferentes cuidadores do Rio de Janeiro: evidências de trajetória de desenvolvimento. *Estudos de Psicologia*, 33(1), p. 71-82.

Ribas, A. F. P., & Seidl-de-Moura, M. L. (1999). Manifestações iniciais de trocas interativas mãe-bebê e suas transformações. *Estudos de Psicologia*, 4(2), p. 273-288.

Schlindwein, L. M., Martins, A. S., & Oliveira, R. D. (2019). Plunct Plact Zum: Imaginação e criação artística na escola. *Cadernos CEDES* [online], 39.

Seidl-de-Moura, M. L. (2009). Interações sociais e desenvolvimento. In: Moura, R. (Ed.). *Interação social e desenvolvimento*. Curitiba: Editora CRV. p. 19-36.

Seidl-de-Moura, M. L., Ribas, A. F. P., Seabra, K. C., Pessôa, L. F., Ribas Jr, R. C., & Nogueira, S. E. (2004). Interações iniciais mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), p. 295-302.

Silvestre, P. L. de S., & Martha, A. Á. P. (2015). "Tratado" e Exercício de ser criança: a infância entre versos, rimas e tintas. *Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea* [online], 46.

Vicente, C. C. (2009). Interações sociais e desenvolvimento. In: Moura, R. (Ed.). *Interação social e desenvolvimento*. Curitiba: Editora CRV. p. 87-100.

Vygotsky, L.S. (1989). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, L. S. (1991). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, L. S. (1999). *Psicologia da Arte*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (2013). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

CAPÍTULO 7

A babá chegou: práticas e crenças de cuidados infantis a partir da perspectiva sociocultural

Isabela Cristina Martins Gonçalves Sena
Luciana Fontes Pessôa

Falar sobre práticas de cuidado infantil, para nós, adultos, pode remeter a um mix de diferentes sentimentos e recordações, de um tempo que ficou para trás. Quando nos tornamos pais, a tendência de trazer à tona fatos ocorridos na infância pode voltar com intensidade. Isso nos leva a pensar em como fomos cuidados, o quão importante foram as interações com nossos cuidadores, o que poderia ter sido diferente e como gostaríamos que nossos filhos fossem cuidados. Para muitos, a figura da babá está atrelada a essas recordações, histórias de amizades, de vínculos profundos, que por vezes, duram toda uma vida (Goldstein, 2003). Na visão de Freyre (2006), muitos ainda trazem no imaginário o sabor da comida, as canções entoadas, as brincadeiras compartilhadas, demonstrando como as interações entre babás e crianças eram e ainda são vivenciadas até os dias atuais.

É certo que a contemporaneidade trouxe uma série de inovações e transformações nos campos sociais, políticos, tecnológicos. Contudo, a família, considerada como primeiro grupo de desenvolvimento sociocultural, ainda que se apresente com diferentes formas, permanece como lugar de afeto e refúgio para o indivíduo (Cerveny, 2000). Nesse sentido, a fim de propiciar um equilíbrio entre as inúmeras demandas da contemporaneidade, algumas famílias optam pela contratação de uma babá, no intuito de compartilhar os cuidados do bebê ou da criança. Essa escolha, no entanto, pode não

ser fácil, tendo em vista os diferentes aspectos que envolvem o ato de cuidar, a educação e o desenvolvimento do bebê, as crenças de cada progenitor e o próprio contexto no qual a família encontra-se inserida (Pessôa et al., 2016).

Neste capítulo, trataremos do papel da babá como figura relevante no exercício da função de cuidados para o desenvolvimento de uma criança, as práticas e crenças de cuidados infantis à luz da perspectiva sociocultural. Todos esses fatores permeiam o contexto das práticas de cuidado infantil, tendo em vista a promoção da saúde.

Perspectiva sociocultural

O desenvolvimento é visto como um processo, levando em consideração aspectos relacionados à capacidade adaptativa do ser humano, ao contexto cultural e histórico. O precursor dessa abordagem, Vygotsky (2007), buscou compreender biologia e cultura, a partir da inter-relação desses fatores, frente ao desenvolvimento cultural. De acordo com seu pensamento, o homem é resultado da história de sua espécie e da história da sua cultura.

O desenvolvimento do homem, no campo sociocultural, está intimamente atrelado aos planos que Vygotsky (2007) nomeou de filogenéticos, ontogenéticos, microgenéticos e sociocultural. O plano filogenético trata da história da espécie; o plano ontogenético se relaciona ao desenvolvimento do homem ao longo do seu ciclo vital, os sistemas que são construídos para responder às exigências do contexto sociocultural. O plano microgenético aborda as aptidões, habilidades necessárias para o desenvolvimento em um contexto. Por último, o plano sociocultural retrata o desenvolvimento ao longo das gerações. Portanto, essa perspectiva atende a propriedades do desenvolvimento no que tange a conteúdos sociais, individuais e do contexto histórico-cultural (Seidl-de-Moura, 2005).

Pensar em promoção de saúde, a partir da perspectiva sociocultural e dos planos de desenvolvimento discorridos por Vygotsky (2007), aponta para a tentativa de equilíbrio nos diferentes ambientes que atravessam os contextos físico, social, intelectual e espiritual do indivíduo. Tal percepção apresenta para uma visão holística sobre promoção de saúde. Essa característica parece ir de encontro com o conceito de saúde compreendido pela ausência de enfermidade ou doenças (Bennet & Murphy, 1999). Nesse sentido, é possível trazer o Informe de Lalonde (1974), o qual menciona quatro pilares para a saúde, envolvendo a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e, por último, a assistência à saúde. Embora esse documento não tenha sido adotado por entidades governamentais da época, serviu de modelo para a Declaração de Alma – Ata, para os Cuidados Primários em Saúde, o que mais tarde resultaria em estratégia de promoção da saúde, referendada pela Organização Mundial da Saúde (1986).

O outro conceito para entender essa perspectiva é a noção de cultura. Desde o início da perspectiva sociocultural, a cultura se associa a um campo privilegiado da vida humana e, assim, aos processos de crescimento. A cultura é responsável por promover o desenvolvimento de organismos mais jovens, dada a inter-relação da natureza, da biologia e do indivíduo. No início do século XVI, a cultura foi associada ao cuidado que era dispensado às crianças, com os animais e atividades realizadas na comunidade. Cole (1998) atribuiu o conceito de cultura a partir de uma metáfora denominada de "jardim". Esse local seria visto interno e externamente. Do lado de dentro, os jardineiros deveriam conhecer o terreno, sua capacidade de cultivo, nutrientes existentes, sementes necessárias para o plantio, além de conhecer a melhor época para cultivo. Ainda deveriam estar atentos aos possíveis predadores e doenças. Para cada tarefa, seria necessária a escolha do material e o esforço empregado para o crescimento desse local. Esse conjunto de ideais foi a tentativa de explicar a cultura e

sua importância para o desenvolvimento. Para Cole (1998), cultura é o único suporte da vida humana.

Por fim, a perspectiva sociocultural propõe uma conexão com a Antropologia e a teoria do desenvolvimento. Harkness e Super (1994) denominaram essa ligação de nicho de desenvolvimento. Essa ideia trata o desenvolvimento infantil levando em consideração o ambiente físico no qual a criança é inserida, os costumes de cuidado e as crenças dos cuidadores, fatores esses que são conhecidos como subsistemas do nicho de desenvolvimento. O ambiente físico se refere à organização social da família, ou seja, o tipo de residência em que vivem, as condições de acesso e infraestrutura desse espaço. Os costumes de cuidado são traduzidos pelas práticas de cuidado que são transmitidas entre as gerações, e podem envolver aspectos relativos à rotina da criança, comportamentos que são executados intuitivamente pelos cuidadores, além das decisões, por parte dos pais, de quem e como a criança será cuidada (Harkness & Super, 2007). Por último, as crenças parentais, que são expectativas dos pais em relação às práticas de cuidado, valores que acreditam ser importantes para o desenvolvimento da criança. Esses três aspectos se conectam entre si, formando um sistema aberto, diretamente influenciado pela história de cultura dos cuidadores, bem como pelos padrões da comunidade a que pertencem (Harkness, 2007; Mendes, 2018).

Quando se trata de promoção da saúde, ligada ao contexto do nicho de desenvolvimento proposto por Harkness (2007), os autores Moura, Baquit e Ferreira (2019) descrevem um conceito fundamental chamado de cidade saudável. Essa definição reflete acerca dos ambientes de bem-estar e os recursos que uma comunidade dispõe para que o indivíduo desenvolva seus potenciais, tendo as necessidades básicas atendidas. Assim, é preciso atentar para o ambiente físico e social, ou seja, as condições de moradia, alimentação, condições de trabalho, segurança, educação e saúde que possam promover a

saúde da população. As mudanças que podem ser geradas na vida do indivíduo serão resultado do esforço empreendido entre políticas públicas que levam em consideração boas práticas de saúde e as mudanças comportamentais, relatadas a partir do conceito do *American Journal of Health Promotion*.

Crenças e práticas de cuidado infantil

Na perspectiva sociocultural, o termo crenças abrange uma gama de significados, podendo ser usada a nomenclatura de ideias parentais, sistemas de crenças, crenças parentais, etnoteorias parentais ou, simplesmente, crenças (Miller, 1988; Goodnow, 1988; Harkness & Super, 1995; Rubin & Chung, 2006). Segundo Vieira et al. (2010), as crenças são propagadas como costumes e têm ligação direta com o contexto histórico vivenciado pela família. Para tal, não há como compreender as crenças fora do contexto cultural (Kobarg, Sachetti & Vieira, 2006).

Para Morales-Castilho (2020), crenças se relacionam a ideias ou pensamentos que os pais têm sobre o desenvolvimento cognitivo dos filhos, convicções que decorrem da experiência da vida. As crenças podem ser analisadas a partir de três aspectos: o geral, da expectativa dos pais e das habilidades da criança. O aspecto geral é compreendido pela experiência vivenciada pelo indivíduo ao longo do ciclo vital. Quanto às expectativas dos pais, são possibilidades de determinados objetivos serem alcançados pelos filhos, e as habilidades falam de competências que as crianças vão adquirindo e que são expressas nas crenças, quando chegam à adolescência.

As crenças são transmitidas aos filhos desde as primeiras interações estabelecidas com os principais cuidadores, além disso, elas têm a função de propagar os conteúdos socioculturais. Daí a importância

de se conhecer o cuidador, porque ele tem um papel fundamental na transmissão dos valores e das normas culturais (Keller, 2013).

Sobre o papel do cuidador e suas crenças, uma pesquisa realizada com 15 duplas de mães e babás apontou que as crenças transmitidas a essas participantes, em contextos distintos, na cidade do Rio de Janeiro, impactavam diretamente suas práticas de cuidado infantil. Os relatos indicavam que ensinamentos acerca de regras de convivência social, cuidados acerca da higiene básica da criança, determinadas brincadeiras, ditos populares e comportamentos vivenciados na infância, eram transmitidos como expressão das crenças, normas e valores desenvolvidos nos diferentes contextos socioculturais dessas cuidadoras. A regulação do sono, os cuidados com a alimentação, assim como perspectivas direcionadas ao desenvolvimento social da criança também foram relatados por mães e babás, fazendo parte das crenças aprendidas, e que são fatores que dizem a respeito das ideias mais específicas, do modelo hierárquico de crenças (Sena, 2020).

Outro dado dessa pesquisa apontou que algumas crenças direcionadas a práticas de cuidado, realizadas pelas babás, foram relatadas como costumes aprendidos durante a infância delas, tais como o hábito de fazer a criança dormir com um pano, o contar histórias para a criança dormir, não dar banho após refeições, não deixar a criança pegar vento após esse momento ou após mamar para não adoecer. Esses relatos exemplificam como as cuidadoras transmitem o costume aprendido, que será internalizado pela criança a partir da interação estabelecida e que será incluso no desenvolvimento infantil (Sena, 2020).

As práticas de cuidado infantil decorrentes das crenças dos principais cuidadores da criança têm um papel interligado ao ambiente no qual a família se encontra inserida. Os investimentos, atenção, cuidado, energia, tempo por parte do cuidador à criança, têm relação direta com a interação estabelecida, com o contexto em que

vivem e são extremamente relevantes, principalmente nos primeiros anos de vida da criança. Nesse sentido, essas práticas podem ser modificadas ou mantidas (Keller, 2012).

A fim de estabelecer um modelo de cuidado parental, Keller (2002) formulou seis sistemas parentais, conhecidos como cuidados básicos, contato corporal, estimulação corporal, estimulação por objetos, contato face a face e envelope narrativo. Tais sistemas podem ser desempenhados por qualquer cuidador e, não exclusivamente os pais.

O primeiro sistema, denominado de cuidados primários, é o responsável pela sobrevivência da espécie, com os elementos de alimento, proteção e cuidado. Neste sistema, o papel do cuidador se relaciona ao alívio da angústia no bebê, decorrente de alguma dor ou outra experiência. A seguir, o sistema intitulado contato corporal tem a finalidade de proteção à espécie. Através do contato com o cuidador, o bebê recebe calor emocional e, a partir desse vínculo, sentimentos de parentesco, pertencimento, começam a ser transmitidos. Além disso, as normas e valores familiares e sociais também são repassados, preparando o bebê para a vida em comunidade. Esse sistema juntamente com o primeiro pode ser identificado em outras espécies além da humana (Keller, 2002, 2012).

O terceiro sistema, estimulação corporal, possibilita a adaptação necessária ao ambiente, por meio de estímulos motores e corporais. Esse sistema prepara o indivíduo para a atividade reprodutiva quando adulto e, na infância, prepara para explorar, de acordo com seus próprios recursos, o ambiente que está ao seu redor. Em seguida se apresenta o sistema estimulação por objetos, que permite a descoberta do mundo de objetos e o ambiente físico, proporcionando o desenvolvimento da cognição. Assim, a criança pode ser preparada para uma maior independência, levando em consideração o contexto em que se encontra inserida (Keller, 2002).

O quinto sistema denomina-se contato face a face, ou seja, são as trocas ocasionadas pelo contato visual e pelo uso da comunicação, da linguagem. Essa troca permite ao bebê o sentimento de pertencimento, a partir da atenção que é dada pelo cuidador e de sua ação de contingência para a criança. O envelope narrativo é o último sistema de cuidado parental. Esse sistema está presente nos demais e se refere à comunicação do bebê, mediada pela fala do seu cuidador (Keller, 2002).

O papel da babá

A presença da babá para exercer cuidados com a criança não é uma prática da sociedade contemporânea. Sua figura era vista nas famílias aristocráticas brasileiras, um costume herdado da colonização portuguesa. Nessa época, além de cuidar das crianças mais abastadas, as babás também eram responsáveis por garantir a sobrevivência dos órfãos que viviam nas Casas das Rodas. Sua existência era de grande importância para o funcionamento da família e da sociedade (Carneiro, 2006).

Nesse período da história, as babás eram denominadas amas, e eram responsáveis por produzir leite, amamentar e cuidar da criança. Em algumas sociedades, a ama ficava encarregada pelos cuidados com a criança até os quatro anos de idade. Muitas dessas amas deixavam de amamentar seus próprios filhos para alimentar os filhos da patroa.

No final do século XVIII e início do século XIX, devido aos apelos higienistas para estimular o aleitamento materno e a sobrevivência dos bebês, a figura da ama foi suprimida dos relatos, embora sua presença e atuação se mantivessem nos lares mais favorecidos. Desta forma, seu papel destinava-se a "uma nova mãe" para a criança, sendo essa característica do trabalho executado por governantas, nas famílias europeias (Silveira, 2014).

A partir das inúmeras transformações sociais, políticas e econômicas que marcaram a década de 1950/60, a babá retoma seu papel e lugar na família, sendo uma cuidadora que compartilha os cuidados infantis com os pais, auxiliando no equilíbrio do lar. A esta altura, muitas mulheres estavam buscando o mercado profissional, e o contato com uma rede de apoio familiar poderia ser inviabilizado ou pela distância da moradia destes ou pelo próprio contexto em que se encontravam. Assim, a babá se insere no contexto familiar para atender à necessidade vigente (Scavone, 2008; Oliva, Pugliese & Cindra, 2018).

A contratação de uma babá demanda uma série de interesses que vão para além da questão financeira. Esse caminho começa por atender a uma expectativa e exigência materna relacionada ao "ficar de olho na criança". Isso significa cuidar, visando proporcionar um desenvolvimento adequado, estar atenta à rotina da criança, atender as suas necessidades emocionais e manter a criança sob sua supervisão, ou seja, "ser os olhos da mãe". Essas perspectivas se destacaram na pesquisa realizada com as díades mães/babás, na qual as babás procuram estar atentas às rotinas que envolvem o bem-estar das crianças, principalmente quando são pequenas. Cuidados com alimentação, higiene e rotina foram descritos como sendo práticas de maior importância para essas cuidadoras. Na sequência, as babás elencaram a atenção dispensada, o carinho e a paciência (Sena, 2020).

Há ainda outras características que podem ser observadas nas práticas de cuidado das babás, tais como: disponibilidade emocional, orientação e controle, equilíbrio psicológico e emocional, compreensão das necessidades físicas e emocionais, compromisso emocional (Mrzaek, 2003).

A disponibilidade emocional sugere que o seu cuidador seja uma espécie de contingente na vida da criança, ou seja, ser alguém

que acolha e traduza as demandas da criança para que haja um desenvolvimento seguro. A orientação e controle são expressos a partir da orientação sensível às necessidades da criança. O equilíbrio psicológico e emocional trata da saúde mental do cuidador. Portanto, crianças que são cuidadas em contexto de depressão, por exemplo, podem desenvolver doenças relativas ao humor. A compreensão das necessidades físicas e emocionais se relaciona aos aspectos que promovem um desenvolvimento adequado. E, por último, o compromisso emocional é representado pelo tempo, tanto no sentido de quantidade como de qualidade entre a criança e o seu cuidador.

Quando o cuidador é colocado nesse ponto de contingência na vida de uma criança, devendo apresentar as características acima descritas, é preciso levar em consideração os aspectos da sua qualidade de vida. Há que se ponderar, dentro do campo da Psicologia, a possibilidade do desenvolvimento da autonomia, autoestima, autoconhecimento, a fim de propiciar o bem-estar desse indivíduo. O entendimento da promoção de saúde precisa alinhar o seu contexto de vida, os relacionamentos que são desenvolvidos, a possibilidade de expressar os medos e angústias.

O vínculo estabelecido com a criança pode despertar, no campo imaginário, que a babá seja substituta do papel materno. Talvez, por essa questão, a relação entre mãe e babá possa ser permeada de ambiguidades. Pelo lado materno, pode ser vivenciada a relação de gratidão/ciúmes. Gratidão por ter alguém que está ao lado da criança, cuidando e protegendo; ciúmes por não estar ao lado da criança o quanto gostaria. Pelo lado da babá, se esta tem filhos que ainda requerem o cuidado, a culpa por não estar perto, e o desenvolvimento de um vínculo profundo com uma criança que não é seu filho, mas cuida como se fosse.

A praça parece ser o local no qual esse papel maternal pode ser visualizado. É nesse espaço que, além do cuidado com a criança, a

vida social acontece. É nesse ambiente que a babá pode interagir com outras cuidadoras, comprar e vender produtos, conversar sobre o emprego, sobre questões familiares, distante do contexto familiar da criança. Muito mais do que um momento de passeio na rotina da criança, é o tempo de que ela tem para si (Silveira, 2014). A praça, portanto, se torna o local regulador do bem-estar das babás. É ali que demonstram o papel ativo, com discussões acerca das condições de trabalho, do ambiente físico e social que estão inseridas, além das trocas de conhecimento.

Na cultura brasileira, o trabalho da babá pode não ser facilmente identificado, em termos de função, porque, em alguns lares, a empregada doméstica pode realizar atividades pertinentes à babá, cuidando de crianças ao mesmo tempo em que acumula as demandas do trabalho doméstico, como arrumar a casa, cozinhar, além de lavar e passar. Algumas babás que participaram do estudo proposto por Sena (2020) se identificavam como babás, embora, para as famílias, fossem denominadas empregadas domésticas. Essa falta de demarcação pode resultar em diferentes conflitos tanto para a babá, quanto para a família e para a própria criança. Pensar em promoção da saúde a essas trabalhadoras designa estruturar e oferecer condições de trabalho e de vida como medidas concernentes à promoção do bem-estar e, consequentemente, da saúde. Isso implica na reflexão acerca da rotina das atividades realizadas no lar, pausa para descanso e lazer, desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento profissional, dentre outros. A mudança gerada no estilo de vida, juntamente com mudança comportamental, cria ambientes propícios para práticas de saúde.

Canguilhem (2015) afirma que a capacidade de adaptação frente às inconstâncias inerentes à vida humana, à criação de novas normas e valores, disposição para lidar com imprevistos é relacionada ao

conceito de saúde. Assim, cada indivíduo dispõe de fatores singulares para enfrentar a vida e suas adversidades.

Em outras culturas, o trabalho da babá parece ser mais demarcado, seja em termos de jornada de trabalho, seja na limitação das tarefas e no papel que ocupam na família. Tal fator pode ser observado nas exigências necessárias para o preenchimento das vagas relativas à função de cuidado, que vão desde formação superior a cursos de primeiros socorros, em países como Estados Unidos e na Europa (Romero, 2013).

***

Cuidar de um bebê pode ser uma tarefa desafiadora e que requer uma atenção exclusiva, principalmente nos primeiros anos de vida. À luz da perspectiva sociocultural, pensar sobre o contexto em que a família se encontra é trazer o conceito de nicho de desenvolvimento (Harkness & Super, 2007) para a prática, ou preparar o jardim para uma nova semente plantada (Cole, 1998). Nesse sentido, cabe aos principais cuidadores da criança levar em consideração o ambiente físico em que residem, ou seja, como a casa pode estar fisicamente preparada para um bebê, quais recursos podem ser destinados para a promoção do desenvolvimento da criança. Para além do aspecto físico, os cuidadores podem estabelecer uma rotina adequada para o contexto de pertencimento como: horário para sono, alimentação, pra brincadeiras, passeios, que se relacionam com os costumes de cuidado e que serão incorporados na vida do bebê e da família. Essas manifestações de práticas de cuidado refletem as diferentes crenças dos principais cuidadores da criança, sendo executados a partir daquilo que acreditam ser relevantes para seu desenvolvimento, de acordo com o contexto sociocultural que pertençam.

Tais considerações se fazem primordiais, principalmente quando se trata de crianças pequenas, contudo, a reflexão também precisa ser direcionada para a figura da babá. Para além do auxílio prestado aos pais, é preciso considerar a vida dessa personagem singular, que adentra os lares, compartilhando os cuidados com a criança, e que carrega consigo a história de seu contexto sociocultural. A babá também será agente ativo na transmissão de valores e crenças com o bebê ou a criança (Keller & Kartner, 2013).

Visando proporcionar a essas cuidadoras um ambiente que seja propício para o seu bem-estar físico, psíquico e emocional, frente à perspectiva sociocultural, seria urgente refletir sobre sua jornada de trabalho, investir em ações que possam desenvolver suas aptidões e habilidades, promover um espaço de fala e interações.

Referências

Bennett, P., & Murphy, Y. S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Forte da Casa, Portugal: Climepsi Editores.

Canguilhem, G. (2015). *O normal e o patológico*. São Paulo: Forense Universitária.

Carneiro, M. E. R. (2006). *Procura-se: "preta, com muito bom leite, prendada e carinhosa". Uma cartografia das amas-de-leite na sociedade (1850-1888)*. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília.

Cerveny, M. D. (2000). *A família como modelo: Desconstruindo a Patologia*. Campinas: Livro Pleno.

Cole, M. (1998). *Cultural psychology: a once and future discipline*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.

Freyre, G. (2006). *Casa Grande Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. São Paulo: Global.

Goldstein, D. (2003). The aesthtics of domination: class, culture, and the lives of domestic workers. In: Goldstein, D. M. *Laughter out of place: race, class and sexuality in a Rio Shanytown*. Berkeley: University of California Press.

Goodnow, J. (1988). Parents' ideas, action and feelings: models and methods from developmental and social psychology. *Child Developmental*, p. 286-320.

Harkness, S. S. (2007). Cultural models and developmental agends: Implications for arousal and self-regulation in early infancy. *Journal of Developmental Process*.

Harkness, S., & Super, C. M. (1994). The developmental niche: a theorical framework for analysung the household production of health. *Social Science and Medicine*, 38(2), p. 217-226.

Harkness, S., & Super, C. M. (1995). *Parents' cultural beliefs systems: their origins, expressions and consequences*. New York: The Guiford Press.

Keller, H. (2013). Development: The cultural solution of universal developmental tasks. In: Gelfand, M. C. *Advances in culture and psychology*. New York: Oxford University Press.

Keller, H. (2012). Autonomy and relatdness revisited: cultural manifestations of universal human needs. *Child Developmental Perspective*, 6.

Keller, H. (2002). Development as the interface between biology and culture: A conceptualization of early ontogenetic development. In: Keller, Y. P. H. *Cambriges studies in cognitive percpetual development. Between culture and biology: Perspectives on ontogenetic development*. New York: Cambridge University Press. p. 215-240.

Kobarg, A. S., Sachetti, V. A. R., & Vieira, M. L. (2006). Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 16(2), p. 96-102.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare Canadá.

Mendes, D. M. L. F. (2018). Socialização da emoção no Desenvolvimento Infantil. In: Pessôa, L. F. *Parentalidade: Diferentes perspectivas, evidências e experiências.*

Miller, S. A. (1988). Parents' beliefs about children's cognitive development. *Child Development*, 59(2), p. 259-285.

Morales-Castillo, M. (2020). Las creencias parentales en el processo de crianza y sus relaciones con el comportamento adolescente. *Psicologia USP* [online], 31.

Moura, R. A., Baquit, J. A. N. D., & Ferreira, K. P. M. (2019). Conceito de cidade saudável na produção científica da saúde: uma revisão integrativa. In: Vasconcelos, A. W. S. de (Org.). *Discussões interdisciplinares no campo das ciências humanas* (recurso eletrônico). Ponta Grossa: Atena Editora.

Mrazek, D. (2013). Caregiving in Early Childhood. In: Talley, R. M. *Perspectives on caregiving across life span: Currents status and future directions*. New York: Springer, p. 11-20.

Oliva, A. D., Pugliese, R., & Cindra, E. (2018). Reflexões sobre algumas crenças parentais e práticas de cuidado. In: Pessôa, L. F. *Parentalidade: Diferentes perspectivas, evidências e experiências*. Curitiba: Appris. p. 151-167.

Pessôa, L. F., Seidl-de-Moura, M. L., Ramos, D. O., & Mendes, D. M. L. F. (2016). Sistemas de cuidados e o discurso de diferentes cuidadores do Rio de Janeiro: evidências de trajetória de desenvolvimento. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 33(1), p. 71-82.

Romero, M. (2013). Nanny diaries and other stories: Immigrant women's labor in the social reproduction of american families. *Revista de Estudios Sociales*, Bogotá, Universidad de Los Angeles, Facultad de Ciencias Sociales, 45, p. 186-197.

Rubin, K. H., Chung, O. B. (2006). *Parenting Beliefs, Behaviors, and Parent-Child relations: a cross- cultural perspective*. New York: Psychology Press.

Scavone, L. (2008). Estudo de gênero: uma sociologia feminista? *Rev. Estud. Fem.*, 16(1).

Seidl-de-Moura, M. L. (2005). Bases para uma psicologia do desenvolvimento sociocultural e evolucionista. In: Pontes, F. R. A, Brito, R. C. S., & Magalhães, C. M. C. (Orgs.). *Temas pertinentes na construção da psicologia contemporânea*. Belém: Editora Universitária UFPA.

Sena, I. C. M. G. (2020). *Sistemas de cuidados de mães e babás na família contemporânea*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Silveira, L. M. (2014). *Como se fosse da família: a relação (in)tensa entre mães e babás*. Rio de Janeiro: E-papers: FAPERJ.

Vieira, M. L. d. M. et al. (2010). Brazilian mother's beliefs about child-rearing practices. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41 (2), p. 195-211.

Vygostsky, L. S. ([1934] 2007). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. Cole (Org.). São Paulo: Martins Fontes.

CAPÍTULO 8

Promoção de saúde mental em mulheres na transição para a maternidade

Julia Bittencourt

A gravidez, o puerpério e a maternidade são fases de grandes transformações psicológicas, biológicas e sociais, que podem gerar alterações no bem-estar e na saúde mental da mulher. Estudos indicam que é nesse período do ciclo vital feminino que ocorrem mais transtornos, por isso uma atenção especial à saúde mental das gestantes, puérperas e mães é de suma importância (Steen & Francisco, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como "estado de bem-estar em que o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar de maneira produtiva e contribuir para sua comunidade" (Who, 2016).

Normalmente, a saúde mental da mulher não é avaliada ao longo do pré-natal ou no pós-parto. Dessa forma, muitas mulheres que estão em risco de adoecimento psíquico não são diagnosticadas, perdendo-se a oportunidade de identificar situações de ansiedade, estresse e problemas de enfrentamento. Por outro lado, a depressão pós-parto (DPP) está sendo objeto de avaliação em muitos países e, em alguns deles, há suporte para diagnóstico da depressão pré-natal (*Perinatal Mental Health National Action Plan* 2008-2010).

A ansiedade sobre o tema da maternidade não é oculta e as experiências maternas podem ser consideradas como fonte de prazer ou de sofrimento, gerando efeitos sobre a saúde mental das mulheres (Gutierrez & Minayo, 2009).

Segundo Maldonado (1997), o início da maternidade é um momento de transição existencial que representa a possibilidade de a mulher atingir novos níveis de integração e amadurecimento, servindo como fonte de crescimento e desenvolvimento pessoal, ou pode intensificar tendências patológicas, resultando em transtornos mentais.

Para Carter e McGoldrick (1995), transições de um estágio para outro podem gerar crise, pois afetam a estrutura e a homeostase familiar. E as transições definitivas, que promovem mudanças permanentes na família, como no caso de nascimentos e mortes, apresentam uma tendência a serem ainda mais sentidas.

Por todas essas transformações no período gravídico-puerperal, a mulher pode ficar mais vulnerável a manifestação de problemas psíquicos como depressão pós-parto e transtornos ansiosos. Tanto para mulheres consideradas organizadas psiquicamente quanto para mulheres que já apresentavam sinais de maior vulnerabilidade anteriormente à gestação (Flores et al., 2013; Iaconelli, 2005; Klaus et al., 2000; Maldonado, 1997).

Estudos recentes mostram que mais da metade das gestantes apresentam sintomas de estresse (Rodrigues & Schiavo, 2011), 36% apresentam sintomas de alta ansiedade (Schiavo et al., 2018) e 22% apresentam sintomas de depressão (Schiavo & Perosa, 2020). E, após o período de pandemia da Covid-19, esses transtornos se tornaram ainda mais frequentes (Schmidt et al., 2020).

Schwengber e Piccinini (2003) afirmam que a chegada de um bebê pode ser um evento propício para que surjam problemas emocionais como a depressão, manifestações psicossomáticas e psicoses pós-parto. Para Garfield et al. (2015), a depressão atinge cerca de 25% das mulheres brasileiras e a depressão pós-parto acomete cerca de 15% a 20% das puérperas.

Mais recentemente, tem-se falado sobre o *burnout* materno ou parental, que derivou do *burnout* profissional (Maslach & Jackson, 1986) após alguns autores (Kwiatkowski & Sekulowicz, 2017) perceberem semelhanças entre o *burnout* profissional e as dificuldades vivenciadas pelos pais.

É entendido como um estado intenso de exaustão que pode levar, inclusive, os cuidadores a duvidarem de suas capacidades e ocasionar um distanciamento emocional dos filhos (Mikolajczak & Roskam, 2018). Os autores também perceberam que as mães eram constantemente expostas a várias fontes de estresse, semelhantes às dos trabalhadores com *burnout*, como excesso de trabalho e de tarefas diárias, a sensação de pouco ou nenhum controle sobre os acontecimentos, a falta de reconhecimento pelas suas realizações pessoais e profissionais e a falta de apoio percebido.

Em pesquisas internacionais, a saúde materna mostrou-se negligenciada, sendo observadas situações nas quais há ausência de um cuidado mais articulado com a mulher, considerando sua condição de mãe e não apenas a condição de alguém em sofrimento psíquico (Krumm et al., 2013; Benders-Hadi et al., 2013; Dolman et al., 2013; Barrow et al., 2014; Bonfils et al., 2014; Carpenter-Song et al., 2014; Shor et al., 2015; Jones et al., 2016).

Romantização da maternidade

O papel atribuído à mulher cultural e socialmente com o movimento para a maternidade faz parte de um contexto histórico no qual foram impostas representações construídas a respeito do feminino. Há ainda, na atualidade, uma romantização da maternidade, que preconiza que a mãe seja a principal cuidadora dos filhos e das tarefas domésticas, além de manter uma carreira bem-sucedida e cultivar um corpo perfeito.

Segundo Chrisler (2013), a maternidade é vista como o papel central na vida da mulher, pois ser mãe está enraizado na identidade feminina, sendo sempre associada a sentimentos positivos, de plenitude e realização. Foi entre os séculos XVII e XIX que a mulher se tornou sinônimo de maternidade, sendo a maternagem uma tarefa exclusiva da mãe.

Por muito tempo, a maternidade foi percebida como bênção divina, estando fortemente associada ao campo religioso. Para Vásquez (2014),

> Não há meio para se debater a maternidade sem entender como sua construção histórico-social foi elaborada e, para tanto, a análise sobre o uso da mãe virgem e pura, Maria, é fundamental. Esta representação religiosa é fundante para a cultura ocidental do ideal de maternidade e, desta forma, foi a figura de Maria que ajudou a consolidar um estereótipo de maternidade e de feminilidade. (Vásquez, 2014, p. 169)

Assim, há uma idealização religiosa da maternidade, sendo a mulher cobrada a exercer o papel da mãe que cuida acima de qualquer circunstância, afinal ela recebeu um "presente de Deus" ao gerar um filho. O ideal cristão do exercício da maternidade compreende que as mães devem sacrificar suas vidas e desejos pelo bem-estar dos filhos, uma atitude de abnegação, que acaba sendo naturalmente esperada pela sociedade.

Conforme descreve Ariès (1981), o conceito de família passou por muitas transformações desde o período medieval até adquirir as características identificadas na modernidade, passando por mudanças quanto ao desenvolvimento do sentimento de infância, dos cuidados com as crianças e da relação dos pais com a educação dos filhos. Aparece então o conceito de família nuclear, financiado principalmente pela ascensão da burguesia no século XVIII, a partir da Revolução Industrial iniciada na Europa.

A partir da valorização deste conceito de família, ocorreu uma série de mudanças que envolveram a questão feminina. Nessa forma de organização familiar, a mãe passou a ocupar um lugar fundamental, iniciando-se uma era das provas de amor, através das práticas de amamentação, cuidado, higiene e da presença materna constante. "A dupla identidade característica do feminino – a mulher-mãe – ganhou maior visibilidade e consistência" (Braga & Amazonas, 2005, p. 12).

No entanto, como cita Ariès (1981), no cenário do final do século XIX e início do século XX, nos países que se industrializavam, as dificuldades econômicas, principalmente nas classes trabalhadoras, fizeram com que o trabalho fabril passasse a ser realizado também por mulheres e crianças. Com a saída da mulher para o mercado de trabalho, teve início um processo de modificação nas organizações da família, culminando numa diversidade de novos arranjos familiares na atualidade.

Também no século XX, principalmente a partir da década de 1960, os movimentos feministas lutam pela ampliação do leque temático sobre as mulheres nas discussões científicas, pela conquista de novos direitos e questionando o padrão de maternidade vigorado inquestionavelmente até então (Rago, 1998).

Muito se fala do amor incondicional e do instinto materno, mas que são, na realidade, produções culturais. Faz parte do imaginário coletivo pensar que as mulheres são mães instintivamente, como se fosse algo natural e desejado por todas, mas ser mãe é uma escolha e o amor é uma construção.

De acordo com Badinter (1985), o amor materno não é um sentimento universal, igual em todas as mulheres, e sim um sentimento que se adquire e se constrói como qualquer outro. Ela afirma:

> Quanto a mim, estou convencida de que o amor materno existe desde a origem dos tempos, mas não penso que exista necessariamente em todas as mulheres, nem mesmo que a espécie só sobreviva graças a ele. Primeiro,

> qualquer pessoa que não a mãe (o pai, a ama etc.) pode "maternar" uma criança. Segundo, não é só o amor que leva a mulher a cumprir seus "deveres maternais". A moral, os valores sociais, ou religiosos, podem ser incitadores tão poderosos quanto o desejo da mãe. (Badinter, 1985, p. 17)

Porém, para muitas mulheres, a maternidade é encarada como uma vivência integral, sendo relacionada à subjetividade feminina e a sentimentos associados ao amor incondicional, abnegado e altruísta, ou seja, uma espécie de papel vitalício a ser exercido por toda a vida da nova mãe (Lobo, 2008), condicionada a atuar exclusivamente no cuidado ao filho em detrimento do autocuidado.

Estudos recentes mostram que, a partir da pressão para ser uma mãe perfeita, podem ser gerados sentimento de culpa, crenças de autoeficácia mais baixas e elevados níveis de estresse (Henderson et al., 2016). Além disso, a existência de regras e a pressão social excessiva podem enfraquecer a autoconfiança e as competências maternas.

Fatores de risco e de proteção para a saúde mental materna

Há muitos estudos investigando os fatores de risco e os fatores de proteção à saúde mental materna, principalmente com foco na depressão pós-parto (DPP). Contudo, vale ressaltar que existem diversos transtornos que também são vivenciados nessa fase.

Schmidt et al. (2005) agrupam os riscos para a DPP em três categorias: a primeira está relacionada à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a segunda refere-se à gravidez e ao parto e à ocorrência de eventos de vida estressantes; e a terceira relaciona-se às adversidades socioeconômicas.

Foram percebidos como fatores de risco: ser primípara (Rosenberg, 2007; Zinga et al., 2005); ser mãe solteira (Harvey, 2002); conflitos e falta de apoio conjugal (Baptista & Oliveira, 2004; Arrais,

2005; Rosenberg, 2007); evento de vida estressante, como perda de emprego ou morte de familiar (Zinga et al., 2005).

Além de falta de apoio familiar e social (Baptista et al., 2004; Arrais, 2005; Rosenberg, 2007); histórico pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, mas principalmente a existência de episódios depressivos anteriores e durante a gravidez (Golse, 2002; Harvey, 2002; Baptista et al., 2004; Arrais, 2005; Zinga et al., 2005; Rosenberg, 2007).

Complicações obstétricas durante a gravidez ou imediatamente pós-parto, parto traumático, parto múltiplo e prematuro, abortos anteriores, partos de natimorto ou síndrome de morte súbita infantil (Harvey, 2002; Zinga et al., 2005) também são considerados fatores de risco. Arrais (2005) acrescenta ainda a idealização da maternidade.

Já os fatores de proteção da DPP são medidas preventivas ou situações já estabelecidas que funcionam como proteção contra problemas emocionais no período da gravidez e do pós-parto (Golse, 2002).

Algumas dessas medidas são: detecção precoce da depressão (Ruschi et al., 2007), suporte social (Frizzo & Piccinini, 2005), intervenção multidisciplinar logo que os sintomas sejam detectados (Schwengber & Piccinini, 2003), e um trabalho de prevenção, como o pré-natal psicológico – PNP (Bortoletti, 2007; Cabral et al., 2012).

Diversos estudos apontam que a presença do suporte social é um importante fator de proteção à maternidade. Ou seja, as mães precisam de uma rede de apoio que lhes ofereça ajuda nos cuidados domésticos, com o bebê e também na esfera do cuidado afetivo, de assistência para a mulher, companhia, encorajamento, disponibilidade, sem desautorizar, julgar ou se intrometer na relação da mãe e seu bebê (Filha et al., 2016).

São considerados como fatores de proteção também o otimismo, elevada autoestima, suporte social adequado e preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade (Cantilino et al., 2010) e boa relação conjugal e suporte emocional do companheiro (Frizzo & Piccinini, 2005; Arrais, 2005).

A relação mãe-filho enriquece e estrutura a vida parental, não caracterizando apenas um fardo, mas servindo como distração dos problemas relacionados ao processo saúde-doença (Van der Ende et al., 2016). Portanto, desenvolver atividades que interessem tanto à criança quanto à mãe fornece estímulo para a continuidade da vida.

O sofrimento psíquico existe na maternidade, mas também dá oportunidades para desenvolver uma relação significativa com seus filhos, que devem ser resgatadas e favorecidas pelos serviços de saúde.

Mãe suficientemente boa

A maternidade pode ser considerada uma *montanha-russa emocional*, porém não há espaço para falar das dificuldades e do sofrimento gerado pela maternidade. Muitas vezes, as mães se sentem inadequadas, julgadas e sozinhas e acabam desvalorizando as experiências estressantes e negativas, compensando ou superando esses sentimentos e se forçando a olhar apenas para os aspectos positivos (Mikolajczak & Roskam, 2018).

Além disso, o fácil acesso às informações científicas relacionando os impactos da saúde mental materna ao desenvolvimento do filho trouxe como consequência um aumento da responsabilidade das mães na criação, o que pode gerar culpa. Há ainda o crescimento das redes sociais, com dicas de especialistas sobre como cuidar de um bebê e educar uma criança, ou as blogueiras com sua "maternidade ideal", o que tem criado a impressão de que uma mulher comum não dispõe de conhecimento suficiente para ser "uma boa mãe".

Winnicott ([1953] 1975) desenvolveu o conceito de "mãe suficientemente boa", afirmando que não existe um padrão pré-estabelecido ou uma exigência de ser uma mãe perfeita para criar filhos emocionalmente saudáveis. Para ele, as mães desempenham um papel suficientemente bom ao tomarem conta de seus filhos, dando o seu melhor, mas não lhes satisfazendo todos os desejos. Afinal, os filhos precisam de autonomia e força para se desenvolverem.

> A mãe suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. Naturalmente, a própria mãe do bebê tem mais probabilidade de ser suficientemente boa do que alguma outra pessoa, já que essa adaptação ativa exige uma preocupação fácil e sem ressentimentos com determinado bebê. Na verdade, o êxito no cuidado infantil depende da devoção, e não de "instinto" ou conhecimento intelectual. (Winnicott, [1953] 1975, p. 25)

Ao falar sobre a função da mãe na sociedade, Winnicott (1988) afirma que as crianças não têm dívidas com os cuidados que receberam em sua infância, mas que havia a necessidade de que a sociedade reconhecesse a devoção com que as mães exerciam a maternidade. Para o autor, era importante falar sobre a função materna, tomando cuidado para que os profissionais de saúde não interferissem demais nessa função, perturbando de forma desnecessária a relação entre a mãe e seu bebê.

Segundo Winnicott (1988), a experiência da maternidade é usualmente acompanhada por um aumento da sensibilidade materna. Há um retraimento psicológico da mãe que, renunciando a seus interesses habituais, passa a compor com o bebê uma unidade autônoma, o que vai garantir os cuidados básicos ao recém-nascido, chamada pelo autor de preocupação materna primária.

Atualmente, com as novas configurações familiares, o determinismo de gênero sobre os cuidados com os filhos pode se atenuar e a experiência familiar com os cuidados dos filhos tem se aproximado de um quadro de equidade. Não se considera o pai como a autoridade única, tampouco a mulher tendo total responsabilidade pelo desenvolvimento satisfatório dos filhos.

Considera-se em termos de parentalidade, permitir um papel igualitário às duas figuras parentais. Também se discute sobre diferentes configurações familiares (pai ou mãe solteiros, crianças cuidadas por parentes, casais homoafetivos, reprodução *in vitro*). Porém, em geral, as mulheres ainda são incumbidas da maior parte das responsabilidades pelos filhos (Scavone, 2001), o que gera sobrecarga mental e adoecimento psíquico muitas vezes.

Cuidados e assistência à saúde mental na maternidade

É de fundamental importância a promoção da saúde biopsicossocial da mulher na gestação, puerpério e transição para a maternidade. Segundo Rosenberg (2007), o trabalho de equipe é essencial para que isso aconteça. Assim, visando à proteção da mulher quanto aos problemas emocionais e outras questões relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, são necessários programas de assistência e orientação, entre os quais são apontados os cursos para gestantes, o pré-natal psicológico (PNP) e a psicoterapia.

> A gravidez, o parto e o desamparo do bebê parecem evocar, no adulto e, mais particularmente na mãe, um campo de experiências emocionais primitivas, cujas tonalidades predispõem ao cuidado sensível do recém-nascido, porém, com o risco de desequilíbrio psíquico. Também é fato que certas qualidades da experiência materna são igualmente vividas na relação terapêutica, tais como a rotina confiável, a dedicação e a sensibilidade às necessidades do outro. Tal similitude nos leva a crer que o *holding* terapêutico protege a saúde mental da mãe, na mesma medida em que o *holding*

> materno facilita o caminho afetivo do bebê, configurando-se como recurso primordial na psicoterapia da maternidade. (Granato & Aiello-Vaisberg, 2009)

Os profissionais que atuam com mulheres nessa fase devem vê-las com uma "pessoa humana", procurando estabelecer mecanismos de interação que desvelem as verdadeiras necessidades e seus significados. Se o serviço e os profissionais assumirem essa posição de igualdade, respeito e confiança em relação às suas experiências e aprendizagens adquiridas, a relação será de desenvolvimento emocional e de crescimento mútuo (Maldonado, 2017).

> A Psicanálise (leia-se apoio psicológico), como eu a vejo, traz à obstetrícia e a todos os trabalhos que envolvem relações humanas, um crescimento no respeito que os indivíduos nutrem uns pelos outros e pelos direitos de cada um. A sociedade precisa de trabalhadores técnicos nas áreas da medicina e enfermagem, mas, quando estamos diante de pessoas e não de máquinas, o técnico deve estudar a forma como as pessoas vivem, imaginam e crescem com experiências. (Winnicott, 2020)

Além do atendimento multidisciplinar e da psicoterapia, há o pré-natal psicológico (PNP), com objetivo de promover uma psicoprofilaxia, sendo um fator de proteção aos transtornos mentais nessa fase (Arrais et al., 2014). Seu principal objetivo é oferecer escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez e do pós-parto, fornecendo um espaço em que a mãe possa expressar seus medos e ansiedades. Além de favorecer a troca de experiências e informações com outras mulheres que vivenciam a mesma fase ou com o cônjuge e os avós, visando à participação na gestação/puerpério e compartilhamento da parentalidade.

Essa intervenção justifica-se, segundo Maldonado (1997), por ser preventivo em vários aspectos: modificações da identidade da gestante; acompanhar a gestação do vínculo pais-bebê; trabalhar o desenvolvimento da confiança na própria percepção e na própria

sensibilidade; ampliar recursos do casal como agente de prevenção com outras pessoas da família; e conscientizar os pais em relação ao atendimento que recebem e à reivindicação de suas necessidades.

Enquanto no Brasil foi desenvolvido o programa de pré-natal psicológico (Arrais et al., 2014), em outros países já existem muitos programas de intervenção: o *Baby Triple P Positive Parenting Programme* (Butler et al., 2014), o *Assertive Community Treatment – ACT* (White et al., 2014), *Parenting with Success and Satisfactin – PARSS* (Van der Ende et al., 2014), o *Preventive Basic Care Management – PBCM* (Wansink et al., 2014), *Integrated Bipolar Parenting Intervention – IBPI* (Jones et al., 2015), a acupuntura (Ormsby et al., 2016), o *Mothering from the Inside Out – MIO* (Suchman et al., 2016) e *Emotional Awareness* (Isobel et al., 2016).

Os psicólogos também podem utilizar métodos de rastreio em gestantes e mães, que são de livre acesso e fácil interpretação, como o *Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)* e o *Edinburgh Postnatal Depression (EPDS)*, ambos traduzidos, validados e amplamente utilizados em alguns cenários, especialmente em pesquisas (Wang, 2016).

Outro importante aspecto da assistência é o apoio às mulheres para aumentar sua capacidade de adquirir, desenvolver e manter a resiliência e estratégias de enfrentamento para promoção da saúde e bem-estar, para lidar com a ansiedade e estresse, reduzir o medo associado ao parto e ajudá-las a manter saúde e bem-estar ao longo da maternidade (Stten et al., 2015).

Para além do acompanhamento com foco na saúde mental das mulheres, o bom serviço às gestantes e mães envolve a coordenação dos serviços de saúde em diversos níveis, sendo também necessário mudar políticas públicas e as diferenças de gênero, para que recebam melhor atendimento durante seu ciclo gravídico-puerperal e possam cultivar melhor qualidade de vida e maior saúde mental nessa fase.

É preciso refletir sobre a forma como a atuação da Psicologia nos espaços de saúde pública tem sido organizada no Brasil. Conforme Kahhale (2003), a inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde brasileiros foi impulsionada por um movimento no interior da própria Psicologia, através da psicologia social comunitária e, concomitantemente, pelo movimento sanitarista da década de 1980 – que reivindicava por um conceito ampliado de saúde e pela responsabilização do Estado em garantir o acesso da população a estes serviços, tendo culminado com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde então, percebe-se uma crescente preocupação em oferecer, nestes espaços, atendimento integral aos sujeitos, abrangendo seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais, conforme preconizado pelo SUS. Contudo, a realidade brasileira é a de poucos locais de atendimento psicológico gratuito disponíveis para as camadas populares, haja vista que as equipes de unidades básicas e demais serviços públicos de saúde nem sempre são contemplados com profissionais da Psicologia (Langaro & Pretto, 2015).

Impactos da saúde mental materna no desenvolvimento do bebê

A saúde mental da mãe afeta o desenvolvimento do bebê, pois o vínculo inicial mãe-bebê funciona como um relacionamento formativo, no qual a criança desenvolve um sentido de si mesma, através de uma autoimagem segura e apropriada, resultando em maior segurança e bem-estar e melhores relacionamentos (Kennel & Klaus, 1993).

De acordo com Brum (2017), com base em Loosli et al. (2016), Carlesso et al. (2014), Ashman et al. (2008), o comportamento de mães deprimidas pode influenciar o desenvolvimento de psicopatologias em seus filhos, levando à ocorrência de desordens

comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, autoimagem negativa, distúrbios do apego, maior incidência de diagnóstico psiquiátrico e de afeto negativo e maior risco para apresentarem alterações da atividade cerebral.

Foi percebido também, nos referentes estudos, que a depressão pós-parto influencia a qualidade de sono do bebê, sua atividade cerebral, desenvolvimento emocional, autoestima, motricidade, assim como interferências na linguagem, alimentação, prática do aleitamento materno e maior probabilidade de desenvolver ansiedade e depressão na idade adulta.

As alterações encontradas na relação mãe-filho podem acontecer devido à menor responsividade provocada por um humor deprimido, estabelecendo uma relação mínima com seus filhos. Assim, apontam-se que as repercussões negativas dos efeitos da DPP para a relação mãe-bebê e para o desenvolvimento infantil reforçam a necessidade de identificação precoce e de modelos de tratamento efetivos.

Por isso, é importante que os profissionais de saúde possuam um olhar mais atento para prevenir condições que comprometam o estado de saúde da mãe como também o desenvolvimento do bebê (Brum & Oliveira, 2012).

É necessária uma atenção especial para manter o bem-estar da mãe, a fim de propiciar melhor vínculo mãe-bebê e prevenir questões que possam impactar no processo de desenvolvimento do filho. Quanto mais grave é a depressão materna, maior pode ser o impacto na relação mãe-bebê e as repercussões no desenvolvimento da criança.

Winnicott (1988) afirma que o desenvolvimento saudável de um bebê não é apenas uma questão de verificação de peso e altura, ou de outras questões físicas, mas de desenvolvimento emocional.

> É da condição de desenvolvimento de outrem que surgem, para o bebê, as suas necessidades e problemas fundamentais, como o de nascer, de se sentir real, de ter contato com a realidade, de assegurar a sua integração do ser no tempo e no espaço (isto é, num mundo), a de criar a distinção entre a realidade interna e externa, a de criar capacidade de uso das coisas e a de ser si mesmo. (Loparic, 1997, p. 36)

Importância da rede de apoio para a saúde mental materna

Estudos mostram que, com a chegada de um bebê, a mulher necessita de uma rede de apoio protetora para que ela consiga realizar as funções mais urgentes, como manter o bebê vivo e proporcionar seu desenvolvimento psíquico e afetivo (Piccininni et al., 2002).

Winnicott (1988), entre suas várias contribuições, desenvolveu o conceito de ambiente, que se constituiu como uma noção fundamental em sua teoria. Partindo da sua experiência clínica com crianças, ele buscou evidenciar a relação de interdependência entre o indivíduo e o ambiente desde a fase mais primitiva do desenvolvimento.

No início da vida, esse ambiente é representado pelos cuidados maternos oferecidos pela mãe ou por alguém que exerça a função materna. A partir do atendimento das necessidades básicas do bebê, tanto físicas como psicológicas, se inicia seu processo de amadurecimento pessoal, estabelecendo-se as bases para a sua inserção gradual em outros ambientes, os quais remetem ao ambiente social mais amplo.

Por sua vez, a mulher também necessita de sustentação por parte de seu ambiente para que tenha condições de se constituir como mãe e exercer o seu papel materno. Esse ambiente pode ser representado pela figura do pai, da família, de amigas, de babás ou de instituições como a escola. São estes que proporcionarão a segurança e o acolhimento necessários para que a mãe possa exercer sua função.

Segundo Rapoport e Piccininni (2011), quando a mãe é cercada por pessoas que a ajudam, seus sentimentos de autoconfiança e realização pessoal tendem a aumentar, assim como a disposição de dar afeto ao bebê. Espera-se ainda que ela se estresse menos emocionalmente quando o parceiro é compreensivo e presta assistência e suporte (Simons & Johnson, 1996).

Já para Iaconelli (2005), o papel da rede de apoio está em oportunizar que a mulher sinta e expresse livremente seus anseios e receios, fornecendo apoio à mulher de maneira que ela perceba que seus sentimentos são aceitos.

***

Pode-se perceber que a promoção de saúde mental em mulheres na transição para a maternidade é de suma importância, pois trata-se de um momento propício ao aparecimento de transtornos mentais, como depressão, ansiedade e estresse, que, além de interferir no seu bem-estar e na sua qualidade de vida, podem impactar no tipo de vínculo estabelecido com o filho.

Para isso, é necessário haver atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, com a criação de programas de psicoprofilaxia e de políticas públicas mais efetivas, englobando a preparação e o treinamento da equipe para um olhar especializado voltado às especificidades dessa fase, além de atendimentos terapêuticos para proporcionar à mulher um espaço de escuta e acolhimento, grupos de apoio, entre outras ações.

A criação de uma rede de apoio, através de familiares, babás ou instituições como escolas, é fundamental para auxiliar a mulher a exercer sua maternidade de forma mais leve, sentindo-se acolhida e amparada. Afinal, como diz um provérbio africano: “é preciso uma

aldeia para cuidar de uma criança", sendo uma responsabilidade social.

Assim como Winnicott fala da "mãe suficientemente boa", ele também reforça a importância do "ambiente suficientemente bom", que provê as necessidades dos indivíduos. Ou seja, a mulher na transição para a maternidade precisa de cuidados que incluam sua saúde mental, nos âmbitos familiares, sociais e de políticas públicas, a fim de propiciar bem-estar nessa fase tão transformadora de sua vida.

A saúde mental materna poderá influenciar no desenvolvimento do bebê, da criança e do adolescente, que vai se tornar um cidadão no mundo, reverberando em toda sociedade.

Referências

Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC.

Arrais, A. R. (2005). As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Universidade de Brasília, Brasília, DF.

Arrais, A. D. R., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23, p. 251-264.

Ashman, S. B., Dawson, G., & Panagiotides, H. (2008). Trajectories of maternal depression over 7 years: Relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Development and psychopathology*, 20(1), p. 55-77.

Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Journal of Human Growth and Development*, 14(3).

Barrow, S. M., Alexander, M. J., McKinney, J., Lawinski, T., & Pratt, C. (2014). Context and opportunity: Multiple perspectives on parenting by women with a severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), p. 176-182.

Benders-Hadi, N., Barber, M., & Alexander, M. J. (2013). Motherhood in women with serious mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 84(1), p. 65-72.

Bonfils, K. A., Adams, E. L., Firmin, R. L., White, L. M., & Salyers, M. P. (2014). Parenthood and severe mental illness: Relationships with recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), p. 186-193.

Bortoletti, F. F. (2007). Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti, F. F. et al. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, p. 37-46.

Braga, M. D. G. R., & Amazonas, M. C. L. D. A. (2005). Família: maternidade e procriação assistida. *Psicologia em estudo*, 10, p. 11-18.

Brum, E. H. M. D. (2017). Depresión posparto: discutiendo el criterio temporal del diagnóstico. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 17(2), p. 92-100.

Brum, E. D., & Oliveira, D. (2012). Depressão pós-parto: Divergências conceituais. *Revista saúde mental em foco do CESUCA*, 1, p. 1-23.

Butler, H. L., Hare, D., Walker, S., Wieck, A., & Wittkowski, A. (2014). The acceptability and feasibility of Baby Triple P Positive Parenting Programme on a Mother and Baby Unit: Q-methodology with mothers with severe mental illness. *Archives of Women's Mental Health*, 17, p. 455-463.

Cabral, D. S. R.; Martins, M. H. F.; Arrais, A. R. (2012). Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, Valinhos, v. 15, n. 22, p. 53-76.

Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr, J. O. E. L. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Archives of Clinical Psychiatry*, *São Paulo, 37,* p. 288-294.

Carlesso, J. P. P., Souza, A. P. R. D., & Moraes, A. B. D. (2014). Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista Cefac*, 16, p. 500-510.

Carpenter-Song, E. A., Holcombe, B. D., Torrey, J., Hipolito, M. M. S., & Peterson, L. D. (2014). Recovery in a family context: Experiences of mothers with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), p. 162-169.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.

Chrisler, J. C. (2013). Womanhood is not as easy as it seems: Femininity requires both achievement and restraint. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(2), p. 117-120.

Dolman, C., Jones, I., & Howard, L. M. (2013). Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Archives of women's mental health*, 16(3), p. 173-196.

Filha, M. M. T., Ayers, S., da Gama, S. G. N., & do Carmo Leal, M. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of affective disorders*, 194, p. 159-167.

Flores, M. R., Souza, A. P. R. D., Moraes, A. B. D., & Beltrami, L. (2013). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista Cefac*, 15, p. 348-360.

Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10, p. 47-55.

Garfield, L., Holditch-Davis, D., Carter, C. S., McFarlin, B. L., Schwertz, D., Seng, J. S., ... & Dowling, D. (2015). Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. *Advances in Neonatal Care*, 15(1), E3-E8.

Golse, B. (2002). Depressão do bebê, depressão da mãe: conceito de psiquiatria perinatal. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3*, p. 232-248.

Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paidéia*, Ribeirão Preto, 19, p. 395-401.

Gutierrez, D. M. D., & Minayo, M. C. D. S. (2009). Papel da mulher de camadas populares de Manaus na produção de cuidados da saúde. *Saúde e Sociedade*, 18, p. 707-720.

Harvey, E. (2002). *Depressão pós-parto: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Ágora.

Henderson, A., Harmon, S., & Newman, H. (2016). The price mothers pay, even when they are not buying it: Mental health consequences of idealized motherhood. *Sex Roles*, 74(11), p. 512-526.

Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista pediatria moderna*, 41(4), p. 1-6.

Isobel, S., Meehan, F., & Pretty, D. (2016). An emotional awareness based parenting group for parents with mental illness: A mixed methods feasibility study of community mental health nurse facilitation. *Archives of psychiatric nursing*, 30(1), p. 35-40.

Jones, S., Wainwright, L.D., Jovanoska, J., Vincent, H., Diggle, P.J., Calam, R., … & Lobban, F. (2015). An exploratory randomised controlled trial of a web-based integrated bipolar parenting intervention (IBPI) for bipolar parents of young children (aged 3-10). *BMC Psychiatry*, 15, p. 122.

Jones, M., Pietilä, I., Joronen, K., Simpson, W., Gray, S., & Kaunonen, M. (2016). Parents with mental illness: a qualitative study of identities and

experiences with support services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(8), p. 471-478.

Kahhale, E. (2003). Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In: Bock, A. M. B. (Org.). *A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia*. Petrópolis: Vozes.

Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1993). Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. *Pais/Bebês: A formação do apego*, p. 170-244.

Klaus, M H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Krumm, S., Becker, T., & Wiegand-Grefe, S. (2013). Mental health services for parents affected by mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(4), p. 362-368.

Kwiatkowski, P., & Sekulowicz, M. (2017). Examining the relationship of individual resources and burnout in mothers of children with disabilities. *International journal of special education*, 32(4), p. 823-841.

Langaro, F., & Pretto, Z. (2015). Experiências de parentalidade como fatores geradores de sofrimento em mulheres. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27, p. 130-138.

Lobo, S. (2008). Las condiciones del surgimiento de la madre suficientemente buena. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(4), p. 67-74.

Loosli, L., Pizeta, F. A., & Loureiro, S. R. (2016). Escolares que convivem com a depressão materna recorrente: diferenças entre os sexos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3).

Loparic, Z. (1997). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Revista de Psicanálise*, Porto Alegre, p. 375-387.

Maldonado, M. T (1997). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério*. 17. ed. São Paulo: Saraiva.

Maldonado, M.T. (2017). *Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor*. São Paulo: Ideias e Letras.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2018). A theoretical and clinical framework for parental burnout: The balance between risks and resources (BR2). *Frontiers in psychology*, 9, p. 886.

Ormsby, S. M., Smith, C. A., Dahlen, H. G., Hay, P. J., & Lind, J. M. (2016). Evaluation of an antenatal acupuncture intervention as an adjunct therapy for antenatal depression (AcuAnteDep): study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), p. 1-14.

Piccinini, C. A., Rapoport, A., Levandowski, D. C., & Voigt, P. R. (2002). Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas: da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. *Psico*, Porto Alegre, p. 9-35.

Rago, M. (1998). *Epistemologia feminista, gênero e história. Masculino, feminino, plural.* Florianópolis: Ed. Mulheres.

Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-Usf*, 16, p. 215-225.

Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô Filho, A., Zandonade, E., & Lima, V. J. D. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, p. 274-280.

Rodrigues, O. M. P. R., & Schiavo, R. D. A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33, p. 252-257.

Rosenberg, J. L. (2007). Transtornos psíquicos da puerperalidade. In: Bortoletti, F. F. et al. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole. p. 109-117.

Scavone, L. (2001). A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, p. 137-150.

Schiavo, R. D. A., & Perosa, G. B. (2020). Child development, maternal depression and associated factors: A longitudinal study. *Paidéia*, Ribeirão Preto, 30.

Schiavo, R. D. A., Rodrigues, O. M. P. R., & Perosa, G. B. (2018). Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Trends in Psychology*, 26, p. 2091-2104.

Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M., & Müller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-Usf*, 10, p. 61-68.

Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (Covid-19). *Estudos de Psicologia*, Campinas, 37.

Schwengber, D. D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, Natal, 8, p. 403-411.

Shor, R., Kalivatz, Z., Amir, Y., Aldor, R., & Lipot, M. (2015). Therapeutic factors in a group for parents with mental illness. *Community mental health journal*, 51(1), p. 79-84.

Simons, R. L., & Johnson, C. (1996). The impact of marital and social network support on quality of parenting. In: *Handbook of social support and the family.* Boston: Springer. p. 269-287.

Steen M, Robinson M, Robertson S, Raine G. (2015). Pre- and post-survey findings from the Mind 'Building resilience programme for better mental

health: pregnant women and new mothers'. *Evid Based Midwifery*, 13(3), p. 92-9.

Steen, M., & Francisco, A. A. (2019). Bem-estar e saúde mental materna. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32, p. III-IVI.

Suchman, N. E., Ordway, M. R., de Las Heras, L., & McMahon, T. J. (2016). Mothering from the Inside Out: results of a pilot study testing a mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services. *Attachment & human development*, 18(6), p. 596-617.

Van der Ende, P. C., van Busschbach, J. T., Nicholson, J., Korevaar, E. L., & van Weeghel, J. (2014). Parenting and psychiatric rehabilitation: Can parents with severe mental illness benefit from a new approach? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), p. 201-208.

Van der Ende, P. C., van Busschbach, J. T., Nicholson, J., Korevaar, E. L., & Van Weeghel, J. (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), p. 86-97.

Vázquez, G. (2014). Maternidade e feminismo: notas sobre uma relação plural. *Revista Trilhas da História*, 3(6), p. 167-181.

Wang, Y. P. (2016). Entrevistas diagnósticas e instrumentos de triagem. In: *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.

White, L. M., McGrew, J. H., Salyers, M. P., & Firmin, R. L. (2014). Assertive community treatment for parents with serious mental illnesses: A comparison of "parent-sensitive" assertive community treatment teams versus other teams. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), p. 251-260.

Winnicott, D. W. ([1953] 1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: Winnicott, D. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1988). Preocupação materna primária. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC Francisco Alves. p. 491-498.

Winnicott, D. W. (2020). Contribuições da Psicanálise à Obstetrícia. In: *Bebês e suas mães*. São Paulo: Ubu Editora.

World Health Organization – WHO (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals*. World Health Organization.

Zinga, D., Phillips, S. D., & Born, L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27, p. s56-s64.

CAPÍTULO 9

A parentalidade positiva e a promoção de saúde: o importante elo no desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes

Nathália Reina

É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança.
Provérbio Africano

Há quem diga em alto e bom som que a infância é a melhor época da vida. Contudo, se o intuito for o de analisar essa afirmação com as lentes da Ciência, diversas perguntas se fariam fundamentais, tais como: À infância de quais crianças essa frase se referiria? Como é o contexto sociocultural das mesmas? Onde elas vivem? Com quem elas moram? Como é o estado geral de saúde dessas crianças? Elas têm irmãos ou não? Se sim, quantos? Elas têm tempo livre? Se sim, quanto desse tempo é destinado a brincar? Como é a manifestação de afeto nas famílias dessas crianças? Elas foram desejadas? Elas já foram vítimas de abuso? Elas são amadas?

Como é possível perceber, aquilo que parece tão óbvio, como a infância ser a melhor fase da vida, torna-se nada evidente diante de algumas questões. O que se sabe, porém, é que a infância é uma fase muito delicada do desenvolvimento no que diz respeito às probabilidades de uma pessoa vir ou não a desenvolver transtornos mentais. Uma parentalidade com práticas desadaptativas e maus-tratos na infância se relaciona com risco elevado de dificuldades interpessoais no meio da adolescência e alto risco de suicídio no final da adolescência e início da fase adulta (Johnson et al., 2002). A parentalidade

desadaptativa também é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, como o Transtorno da Personalidade Borderline (Steele et al., 2019). Além disso, práticas parentais abusivas dirigidas a crianças pequenas provocam danos biológicos duradouros, incluindo ao atingirem a fase adulta (Scott, 2012).

Por outro lado, a parentalidade positiva na idade de 6 e 7 anos revela-se protetora quanto a sintomas depressivos, de ansiedade, e de comportamentos agressivos (Kingsbury et al., 2020). Ademais, foi demonstrado que crianças de 5 anos que tiveram treinamento dos pais quanto às suas emoções (identificação, comunicação e regulação emocional) passaram a agir de uma maneira que os professores identificaram como equivalente a crianças de 8 anos socialmente competentes (Gottman et al., 1996).

A parentalidade positiva, por sua vez, relaciona-se com a Teoria do Apego (Juffer et al., 2017) e essa, em grande parte, atribuível a John Bowlby, tem sido descrita na literatura como uma das teorias mais importantes do século XX (Stroebe, 2021). John Bowlby (1953) defende que o apego seguro de uma criança com seus responsáveis é uma necessidade que impacta o desenvolvimento, afirmando que a qualidade dos cuidados parentais nos primeiros anos de uma criança gera consequências profundas e duradouras a ela no que tange à saúde mental da mesma.

Bandura, por sua vez, contribuiu com o conhecimento de que o repertório comportamental de uma pessoa tem o início da sua formação na infância, sendo alguns desses comportamentos originados por meio da modelação, que seria o processo de observar e imitar comportamentos de pessoas com as quais exista um vínculo afetivo, como os pais, familiares, professores, amigos e ídolos sociais. As Neurociências revelaram, inclusive, uma classe de neurônios implicados nesse processo, que são os neurônios-espelho (Caminha et al., 2022).

Tendo em vista a importância das práticas parentais positivas, ou seja, de uma criação livre de maus-tratos, que aponta no sentido oposto da histórica ênfase em se punir comportamentos negativos (Martins & Jorge, 2010), este capítulo aborda os estilos parentais (e a transgeracionalidade dos estilos parentais); a conceitualização do treinamento parental; a avaliação da interação familiar; programas de orientação/treinamento parental; a educação/treinamento parental; e a promoção de saúde na parentalidade.

Estilos parentais

O conhecimento sobre o universo de crenças, emoções e comportamentos parentais pode permitir a identificação do estilo parental dos responsáveis. Os estilos parentais se referem a um conjunto de práticas educativas parentais que dizem respeito ao modo pelo qual os pais se relacionam com seus filhos, assim como à forma pela qual exercem controle e estimulam o desenvolvimento de valores e atitudes nas crianças e adolescentes (Carvalho & Gomide, 2005).

De acordo com Weber (2017), existem quatro estilos parentais, sendo eles: o estilo autoritário, o estilo permissivo, o estilo negligente e o estilo participativo. O estilo autoritário compreende pais muito exigentes, que colocam muitas regras e limites rígidos e inflexíveis aos filhos. Além disso, pais autoritários são reconhecidos por demonstrarem pouco afeto, validação (elogios, valorização do bom comportamento) e participação nas tarefas e brincadeiras. A literatura aponta que o estilo autoritário dos pais pode estimular nos filhos recursos limitados de habilidades sociais, baixa autoestima, além de altos índices de estresse, ansiedade e depressão.

O estilo permissivo, por sua vez, já corresponde a comportamentos bastante afetuosos, porém com pouco estabelecimento de limites. Nesse estilo, os filhos acabam por serem os sujeitos a

colocarem as regras na casa. Normalmente, pais permissivos apresentam crenças disfuncionais quanto ao dizer "não", comportamento tão importante na educação. Weber (2017) aponta que crianças criadas por pais permissivos geralmente apresentam pior desempenho nos estudos, podendo também apresentar comportamentos antissociais. Ela explica que por mais que sejam baixos os níveis de depressão nessas crianças, elas tendem a compreender o amor de uma forma distorcida, como sendo possível amar sem retribuir (apenas receber). Além disso, a autora atribui a essas crianças um maior apego a bens materiais, baixa tolerância à frustração e insuficiente senso de autoeficácia.

O estilo negligente compreende uma parentalidade de pouca responsividade afetiva, participação e estabelecimento de limites. Weber (2017) explica que normalmente se tratam de responsáveis descomprometidos com o papel de educador, que deixam os filhos "soltos". Sinaliza, ainda, que pesquisas ao redor do mundo todo têm demonstrado que esse estilo parental é considerado o pior para o desenvolvimento dos filhos, tendo em vista que crianças e adolescentes criados por pais negligentes apresentam pior desempenho em todos os domínios, manifestando tendência a comportamentos antissociais, além de baixo desempenho acadêmico e autoestima e alto nível de estresse e pessimismo.

Por fim, o estilo participativo é considerado o melhor dos estilos parentais, sendo composto por alto grau de responsividade e também de exigência. Porém, diferentemente dos pais autoritários, os pais participativos demonstram maior abertura ao diálogo e levam as opiniões e sentimentos dos seus filhos em consideração. Os pais participativos brincam junto com os filhos, validam-nos com elogios, ajudam com as tarefas e consideram-nos capazes de participar nas decisões familiares. As pesquisas demonstram maior autoestima,

otimismo, habilidades sociais e maior percepção de autoeficácia, assim como menor grau de depressão e estresse.

Sobre os estilos parentais, pode-se afirmar que esses sofrem modificações positivas por meio do treinamento parental, o que significa a ocorrência de transformações benéficas à família a longo prazo (Gusmão, 2022).

Faz-se importante mencionar que Gomide (2021) desenvolveu o Inventário de Estilo Parental (IEP), uma vez que esse instrumento se mostra relevante na pesquisa sobre a parentalidade. O IEP possui 42 itens que avaliam o estilo parental geral, assim como as sete categorias de práticas parentais: monitoria positiva; comportamento moral; punição inconsistente; negligência; disciplina relaxada; monitoria negativa; e, por fim, abuso físico. A autora do instrumento sinaliza que é cabível um tipo de intervenção diferente a cada nível classificatório dos estilos parentais, o que cumpre a função de fortalecer as importantes diretrizes educativas na criação dos filhos (Neufeld et al., 2018).

Transgeracionalidade de estilos parentais

A transmissão de crenças e valores que os pais passam para seus filhos, de acordo com aquilo que foi passado para eles quando eles próprios estavam sendo criados por seus pais, chama-se transmissão geracional, intergeracionalidade ou transgeracionalidade. Trata-se de um fenômeno complexo, tendo em vista que há diversas variáveis que influenciam esse processo, dentre elas: atributos da personalidade de cada membro da família, características biológicas e influência de grupos sociais diversos (Cardoso & Baptista, 2020).

Apesar de essa complexidade e de estudos longitudinais sobre o tema não serem abundantes, há diversas pesquisas que demonstram que aspectos dos estilos parentais sofrem influência da

transgeracionalidade, como é possível verificar em Van Ijzendoorn (1992), Weber et al. (2006), Balottin et al. (2017), Mannarini et al. (2018), Li et al. (2018).

Devido ao fato de as crenças parentais influenciarem os seus comportamentos e esses, por sua vez, causarem impactos no desenvolvimento das crianças e adolescentes (Maia & Williams, 2005), é imprescindível que os pais se conscientizem das suas práticas na parentalidade, como de possíveis crenças e comportamentos transgeracionais disfuncionais. Conscientizar-se, contudo, não é o único passo importante na direção de mudanças positivas. É fundamental que os pais, uma vez cientes dos seus processos internos e externos em relação aos seus filhos e daquilo que é importante transformar, coloquem em prática, por meio de ações estratégicas, esses aprendizados. Afinal, como bem colocado por Weber et al. (2006), "Ser pai ou mãe não é intuitivo, mas sim um repertório específico aprendido."

Ademais, é fundamental enfatizar a importância dos contextos socioculturais nas práticas parentais, pois os pais são mais propensos a adotar práticas positivas de parentalidade quando estão imersos em uma comunidade que valorize essa forma de agir (Sanders et al., 2002). Dessa forma, a reflexão sobre a sociedade a qual pertencemos se revela elementar, afinal a educação não violenta é um ato político rumo a um mundo de paz. As crianças são a esperança de um mundo melhor, todavia, para que as portas da renovação sejam bem abertas, faz-se oportuno, primeiramente, que os adultos que as cercam se renovem.

No que tange a uma renovação não violenta, Muller (2007) destaca que "a violência não merece apenas uma condenação, mas uma alternativa." Sendo assim, torna-se perceptível o quanto as iniciativas de treinamento parental de práticas educativas positivas promovem esse papel alternativo, renovador e frutífero diante das obsoletas, porém ainda presentes, práticas parentais violentas.

O treinamento parental

O treinamento de pais remonta a sua origem a Carl D. Williams. Ele percebeu que bebês ou crianças muito pequenas necessitavam que os seus pais fossem os principais agentes de transformação em seus tratamentos, tendo em vista que crianças bem novinhas ainda não tinham atingido estágios do neurodesenvolvimento que as possibilitassem passar por intervenções terapêuticas diretas. Já a partir de 1960, houve a comprovação de que pais, devidamente treinados, causavam mudanças positivas nos tratamentos infantis (Gusmão, 2022). Atualmente, há diversos programas de treinamento de pais que são voltados para todas as fases da infância e da adolescência. Além disso, destaca-se que há duas modalidades de treinamento parental igualmente equivalentes quanto aos resultados, tanto a individual (a cada família) quanto a grupal, por meio de encontros com cuidadores de famílias diversas que possuem demandas equivalentes (Gusmão, 2022).

O treinamento parental é o meio pelo qual o psicólogo pode intervir na dinâmica familiar, cumprindo o papel de auxiliar os pais a compreender e acompanhar o caso clínico dos seus filhos crianças e/ou adolescentes. Além disso, dessa forma os pais têm a oportunidade de rever as próprias estratégias de educação, assim como suas emoções e crenças em relação à questão central exposta (Pelisoli et al., 2017).

O comportamento infantil é o principal aspecto do treinamento de pais e estes, por sua vez, cumprem o papel de agentes centrais para a transformação de seus filhos. Entretanto, é importante esclarecer que há programas de treinamento de pais que enfocam diferentes questões, além daquelas sobre o comportamento disruptivo, dentre elas: treinamento de pais no manejo de doenças clínicas; nos transtornos globais do desenvolvimento; nos transtornos de

ansiedade; nos transtornos alimentares; treinamento com o intuito de evitar maus-tratos e também em contextos de divórcio (Gusmão et al., 2022).

Considerando o modelo cognitivo, Beck (2022) explica que o pensamento influencia o humor e o comportamento e vai além, demonstrando que aprender a avaliar os pensamentos de forma mais realista e adaptativa pode gerar uma queda nas emoções desagradáveis e nos comportamentos mal-adaptativos.

O modelo cognitivo, como ponto de partida do estudo do treinamento parental, é muito importante que os pais recebam a psicoeducação em relação a essa base teórica, aprendendo a identificar não apenas seus pensamentos, como suas emoções e ações em relação ao exercício da parentalidade. Isso porque crenças e comportamentos disfuncionais quanto à parentalidade se relacionam a uma gama extensa de problemas sociais, educacionais e de saúde de crianças e adolescentes (Sanders et al., 2002).

Bugental et al. (2010) sinalizam que frequentemente os pais respondem às ações dos seus filhos sem avaliação reflexiva prévia, de uma forma mais automática, portanto, como salienta Gusmão (2022), é importante que os pais sejam provocados a refletir sobre os pensamentos relacionados a como veem seus filhos; a como imaginam o futuro deles e da família e de como se veem como pais.

A autora salienta que é comum que terapeutas se preocupem mais com questões comportamentais dos pais e menos com o papel da reestruturação cognitiva e que na ausência da mesma, pouco respaldo haverá para mudanças efetivas. A autora dá um exemplo sobre pais que têm o pensamento distorcido sobre frustrar os filhos, acreditando que frustrá-los significaria traumatizá-los e nos provoca a seguinte reflexão: "Então, quais mudanças comportamentais conseguiremos realizar e manter se uma mãe pensa que frustrar seu filho pode ser algo muito ruim ou danoso?". A reestruturação cognitiva

benéfica desse pensamento é a que direciona os pais a pensarem que a construção do limite é também demonstrar amor e cuidado (Gusmão, 2022).

Faz-se importante destacar que o "treinamento parental" é considerado diverso da "educação parental". O primeiro é apontado como uma iniciativa voltada especialmente à mudança comportamental de crianças e adolescentes, enquanto a "educação parental" é classificada como ação preventiva e educativa a pais que tenham filhos com ou sem necessidade de mudanças comportamentais (Pelisoli, Caminha, & Rodrigues, 2017).

O termo "orientação parental", por sua vez, é usado de forma ampla, englobando tanto ações voltadas ao treino dos pais quanto à educação dos mesmos (Neufeld et al., 2017).

Apesar dessas questões conceituais, todas as iniciativas que visam promover práticas educativas parentais positivas são valiosas, tendo em vista que viabilizam transformações profícuas na qualidade de vida das pessoas, conforme pode ser observado nas pesquisas mencionadas no decorrer deste capítulo.

A qualidade da interação familiar

Em âmbito da saúde mental de crianças e adolescentes, faz-se necessário compreender a qualidade da interação familiar desses jovens. A fim de tornar essa compreensão mais objetiva, Weber et al. (2008) desenvolveram as Escalas de Qualidade na Interação Familiar (EQIF). Esse instrumento brasileiro possui 40 questões a serem respondidas pelas crianças e/ou adolescentes. Essas questões, avaliadas pelo sistema Likert de cinco pontos (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre) são divididas em nove escalas, que podem ser analisadas separadamente ou em conjunto. Com base em pesquisas sobre fatores de proteção e fatores de risco do desenvolvimento

de crianças e adolescentes, essas nove escalas foram divididas em "escalas positivas" e "escalas negativas". As escalas caracterizadas como positivas são as seguintes: envolvimento (oito questões, sendo elas: 1, 9, 17, 19, 26, 27, 30 e 35), regras e monitoria (quatro questões – 18, 28, 36 e 39), comunicação positiva dos filhos (três questões – 4, 12 e 22), clima conjugal positivo (cinco questões – 6, 14, 23, 33 e 38), modelo parental (três questões – 7, 15 e 24) e sentimento dos filhos (cinco questões – 8, 16, 25, 34 e 40). As escalas classificadas como negativas foram: punição corporal (três questões – 20, 31 e 37), comunicação negativa (cinco questões – 2, 5, 10, 13 e 32) e clima conjugal negativo (quatro questões – 3, 11, 21 e 29).

A divisão das escalas em "positivas" e "negativas" é considerada essencial para a análise da interação familiar, tendo em vista que os valores de corte levam em consideração tanto o total positivo (TP), por meio da soma dos escores das escalas positivas quanto o total negativo (TN), por meio da soma desses últimos escores.

Seis anos após a construção desse instrumento, Stasiak et al. (2014) realizaram um estudo no Brasil que teve como objetivo avaliar a relação da qualidade da interação familiar e do estresse parental com o autoconceito, as habilidades sociais e os problemas dos filhos, mais especificamente crianças em transição para o primeiro ano do ensino fundamental. Essa pesquisa contou com uma amostra de 39 crianças (de 5 a 9 anos), 39 mães e 25 pais. Os instrumentos utilizados foram: as Escalas de Qualidade na Interação Familiar (já esclarecida acima), o Índice de Estresse Parental, a Escala de Comportamento Social para Pré-Escolares e, por fim, a Escala de Percepção do Autoconceito Infantil. Faz-se importante destacar que nesse estudo, as Escalas de Qualidade na Interação Familiar foram destinadas a serem respondidas pelos pais (versão pais).

O Índice de Estresse Parental (PSI) trata-se de um questionário que contém 36 questões, as quais são divididas em três subescalas

com 12 questões em cada uma delas. Esses itens são avaliados pelo sistema Likert de cinco pontos. A avaliação leva em consideração tanto o escore total de estresse parental quanto os escores individuais das subescalas. As três subescalas são divididas da seguinte forma: sofrimento parental, interações disfuncionais entre genitor-criança e criança difícil. O "Sofrimento parental" diz respeito a quanto o genitor, seja pai ou mãe, sofre em decorrência da parentalidade. As "Interações disfuncionais entre genitor-criança" avaliam as percepções parentais quanto à criança, em relação às discrepâncias entre o que percebem dela e o que esperam dela (realidade versus expectativas). Além disso, essa subescala também analisa as percepções parentais referentes às interações com a criança que influenciam de forma prejudicial no desempenho do papel parental. Por fim, a subescala "Criança difícil" se refere a certos comportamentos infantis no que diz respeito ao grau de dificuldade de manejo dos mesmos.

A Escala de Comportamento Social para Pré-Escolares (PKBS--BR) é apresentada da mesma forma tanto para os pais quanto para os professores das crianças. Ela possui 76 itens que são avaliados em uma escala do tipo Likert que mede a frequência dos comportamentos de zero (nunca) a três (frequentemente). Os itens, por sua vez, são divididos da seguinte maneira: 34 itens de habilidades sociais e 42 itens sobre comportamentos-problema.

Por fim, a Escala de Percepção do Autoconceito Infantil (PAI) é formada por 34 itens, com desenhos referentes ao contexto infantil de acordo com o gênero da criança e por histórias contadas que possuem relação com essas imagens. À criança é contada uma história para cada item e logo após é dada a orientação de que seja marcada a figura com a qual a criança mais se identifica dentre duas (uma à esquerda representando um ponto de vista, e outra à direita, representando outra forma de pensar). Após essas respostas, é feita a análise do escore total do autoconceito infantil.

Esta pesquisa demonstrou uma correlação significativa e inversamente proporcional entre autoconceito infantil e a escala "comunicação negativa dos pais" das Escalas de Qualidade na Interação Familiar, ou seja, quanto maior a frequência do comportamento de comunicação negativa dos pais (gritos, humilhações, ameaças e xingamentos), pior o autoconceito dos filhos. Também foi encontrada correlação significativa e inversamente proporcional entre autoconceito infantil e "punição corporal". Ademais, demonstrou relação significativa e direta entre o escore total das Escalas de Qualidade na Interação Familiar e o escore total das habilidades sociais das crianças, medida pela Escala de Comportamento Social para Pré-Escolares, ou seja, quanto maior a qualidade da interação familiar, melhores os índices de habilidades sociais infantis. Além disso, foi encontrada correlação significativa e inversamente proporcional entre o escore total das Escalas de Qualidade na Interação Familiar e o escore referente aos problemas relacionados aos comportamentos externalizantes infantis, além de correlação significativa e inversamente proporcional entre a qualidade na interação familiar e o estresse parental (Weber et al., 2014).

Programas de Intervenção Parental

Positive Parenting Program – Triple P (Sanders et al., 2002)

O Triple P se trata do Programa de Parentalidade Positiva. A origem desse remonta ao ano de 1981, período no qual foi mencionado/criado na dissertação de ph.D. de Matthew Sanders, atual diretor do *Parenting and Family Support Centre* da Universidade de Queensland na Austrália[1].

1 https://sponsored.chronicle.com/Triple-P-Parenting/index.html.

O Triple P se destaca por ser muito mais do que um programa de orientação parental único. Isso significa dizer que se trata de uma iniciativa multinível de suporte da parentalidade em um *continuum* hierárquico de intensidade crescente no que tange às necessidades parentais. Isso porque o Triple P considera que diferentes demandas e preferências parentais exigem distintos níveis de suporte. São cinco níveis de intervenção.

O primeiro nível se trata de uma estratégia universalizada de informação aos pais, ou seja, todos os pais interessados recebem informações úteis sobre a parentalidade por meio de uma campanha que inclui mídias eletrônicas, papéis informativos e acesso a vídeos educativos. Esse nível tem como objetivo aumentar a conscientização da comunidade sobre a importância da reflexão e revisão das práticas parentais e gerar o encorajamento de pais para participarem de programas de orientação parental (outros níveis do Triple P). Além disso, o nível 1 busca criar um senso de otimismo nas pessoas, por meio da disponibilização de dicas sobre a resolução de problemas de comportamentos comuns dos jovens e informações que visam atenuar preocupações sobre o desenvolvimento. Outro objetivo desse nível é desestigmatizar e normalizar o treinamento parental.

O segundo nível diz respeito a uma ou a duas sessões breves na atenção primária destinadas a fornecer orientações antecipatórias a pais de crianças com alguma questão específica alvo da queixa dos mesmos, que tenha a ver com questões leves do comportamento ou desenvolvimento infantil, tais como dificuldades referentes às idas ao banheiro ou problemas referentes à hora do sono.

O terceiro nível também se trata de uma intervenção breve na atenção primária (pode levar até 80 minutos) e se destina a problemas leves a moderados do comportamento infantil, como ataques de raiva, lamúrias excessivas ou brigas com irmãos. Nesse nível, algumas habilidades parentais são treinadas.

O quarto nível corresponde a 10 sessões individuais ou a 8 sessões grupais de treinamento para pais de crianças com dificuldades de comportamento mais severas, tais como comportamento agressivo, Transtorno Opositor Desafiador (TOD) ou dificuldades de aprendizagem. É possível a extensão desse nível até 12 sessões de 1 hora de duração cada. Nesse nível, os pais recebem um treinamento intensivo de habilidades parentais positivas e de estratégias para o aumento das generalizações das habilidades parentais consideradas importantes nesse processo, inclusive aos irmãos da criança "alvo" do treinamento, se ela os tiver.

O quinto nível, por sua vez, corresponde a um quantitativo de sessões que pode variar entre 5 a 11 encontros de um programa de intervenções familiares comportamentais a famílias nas quais as dificuldades em torno da parentalidade são aumentadas em razão de outras fontes de estresse familiar, tais como conflitos de relacionamento entre os responsáveis, depressão parental ou mesmo altos níveis de estresse em um ou mais membros da família. Há módulos que incluem visitas domiciliares. Nesse nível, as famílias aprendem estratégias para manejar o estresse, para regular as emoções e para dar apoio ao parceiro.

Em síntese, muitos dos assuntos importantes para os pais podem ser encontrados em todos os níveis de intervenção. Porém, a depender das questões parentais envolvidas, a intensidade do suporte vai variar no que diz respeito, por exemplo, ao número de sessões realizadas, à quantidade de exercícios feitos e ao *feedback* fornecido ao responsável ou responsáveis.

Os resultados positivos para cada nível do sistema Triple P fornecem suporte empírico quanto às intervenções destinadas à promoção do bem-estar da criança, dos pais e da família (Sanders et al., 2014).

Programa de Qualidade na Interação Familiar (PQIF)

Este programa, fundamentado nos pressupostos teóricos da Análise do Comportamento, foi criado em 2002 pela Dra. Lídia Weber, Ana Paula Salvador e Olivia Brandenburg. Desde a sua criação, centenas de pais já participaram do mesmo. A sua estrutura comporta oito encontros semanais com 2 horas de duração em cada um deles. É destinado a pais de crianças até 11 anos. O programa pode ser realizado por profissionais tanto da área da saúde quanto da área da educação, sendo uma orientação (não obrigatória) a de que esses tenham feito a capacitação do PQIF em workshop presencial. Essa flexibilização decorre do intuito das autoras de disseminar ainda mais o conhecimento e a prática da orientação parental. Contudo, caso esse programa seja realizado por um profissional que não seja psicólogo, é importante que haja um encaminhamento para o profissional da Psicologia, caso haja indicadores de risco ou mesmo queixas relativas a possíveis transtornos mentais tanto nos pais quanto nas crianças.

No PQIF, os pais participantes do grupo têm a oportunidade de desenvolver habilidades parentais importantes para o desenvolvimento saudável de seus filhos, como: habilidades de comunicação; de elogiar; de autorregulação emocional; de escolha do manejo diante de um comportamento indesejado da criança; de envolvimento (vínculo afetivo); de exercitar a gratidão em ser mãe ou pai; e de autoconhecimento.

Como material de apoio desse programa, é sugerido o livro *Eduque com Carinho* na versão para Pais e Filhos, de autoria de uma das criadoras do PQIF, a Dra. Lídia Weber. Os temas desenvolvidos no decorrer dos encontros são: vida familiar e aprendizagem de comportamentos; regras e valores; manejo de comportamentos desejados e indesejados; vínculo afetivo e

envolvimento; análise intergeracional por meio da análise dos pais do estilo parental dos seus pais (avós da criança) e dos seus próprios estilos; autoconhecimento e modelação; e, por fim, a revisão das habilidades aprendidas ao longo do processo (Weber et al., 2019).

O primeiro encontro, chamado de "Vida familiar e aprendizagem de comportamento", tem como objetivo a apresentação e integração do grupo, assim como a apresentação do programa, a definição do contrato, o ensino dos princípios da aprendizagem e a definição de comportamentos. Ademais, essa reunião também tem como intuito que os pais reflitam acerca dos valores envolvidos no processo de educação e socialização dos seus filhos.

No segundo encontro, o de "Regras e valores", é proposta uma reflexão sobre quais valores fundamentam as regras parentais e a função das mesmas. Além disso, os pais também aprendem acerca da importância do estabelecimento não apenas de regras, mas de regras que sejam claras, consistentes e coerentes. Outro ensinamento dado é sobre a relevância dos pais monitorarem os comportamentos dos seus filhos nesse processo, por meio da realização de registros escritos, pois é por meio dessa escrita que será possível visualizar os antecedentes e as consequências dos comportamentos.

O terceiro encontro diz respeito ao "Manejo de comportamentos desejados". Nessa reunião, os pais são incentivados a observar quais são os comportamentos desejáveis de seus filhos, assim como a perceber de que maneira eles próprios respondem quando as crianças/adolescentes se comportam da forma desejável. Além disso, faz parte desse encontro o ensino de formas para incentivar esses comportamentos, o que inclui o ensino desses aos filhos, além do encorajamento e validação dos mesmos.

O quarto encontro, por sua vez, é orientado ao "Manejo de comportamentos indesejados". Nele, os pais aprendem a identificar os comportamentos indesejados dos filhos e a notar quais são os antecedentes desses, assim como as consequências dos mesmos. São ensinadas formas de manejar esses comportamentos.

O quinto encontro é o do "Vínculo afetivo e envolvimento". Nesse, os pais são encorajados a se empenharem no fortalecimento do vínculo afetivo com seus filhos. São temáticas desse: o desenvolvimento de maior empatia, a demonstração de afeto e a participação efetiva na vida dos filhos.

O sexto encontro, o "Voltando no tempo", tem como intuito provocar uma reflexão mais aprimorada quanto à forma pela qual os pais do grupo foram criados, por meio de uma análise das diferenças entre ser criança na época da infância deles e ser criança na época dos filhos deles. Esse encontro é voltado, principalmente, para a reflexão acerca da temática da transgeracionalidade das práticas parentais.

O sétimo encontro, o "Autoconhecimento e modelo", objetiva a realização da auto-observação dos pais sobre como eles são como pessoas em si (para além do papel de pais), além de se perceberem como modelo de comportamento para os filhos.

Por fim, o último encontro é o de "Revisão e encerramento". Nesse, tudo que foi trabalhado nos encontros é revisto e relembrado. O *feedback* dos participantes, no que diz respeito ao aproveitamento do que foi ensinado e de ter feito parte do grupo, também é coletado. Ademais, é um momento de confraternização, de mensagem final, da entrega dos certificados de participação e de despedida.

Houve relatos dos pais demonstrando mudanças importantes nos comportamentos dos mesmos, conforme tabela 1:

Tabela 1 – Relatos dos pais sobre mudanças

Relacionamento afetivo e envolvimento	Expressão do afeto: "Mudei. Agora digo 'eu te amo' com mais facilidade. Mudei até com a esposa. No começo me sentia meio constrangido. Agora está fluindo". Interesse: "Estou prestando mais atenção no que eles gostam. Procuro fazer um agrado". Disponibilidade: "Conversar é algo agradável. Eu sento agora para falar com ele. Antes eu ia conversar e já brigava com ele". Dar atenção de qualidade: "A gente procura aplicar o que aprende aqui com eles. Dedicar um tempo para eles. Eu não fazia isso. Eu tinha que fazer tudo em casa e não dava atenção. Agora eu estou mudando isso". Autonomia: "Aprendi a respeitar a vontade dele, mesmo não concordando. Claro se não for algo ruim para ele".
Regras e limites	Implementação de regras na casa: "As regras lá em casa foram aplicadas, agora cada um tem as suas regras, tem horário para brincar, para estudar, para fazer as suas obrigações…". Clareza: "Percebi o quanto estar no lugar do filho é difícil, porque não pode isso, não pode aquilo, não é fácil, não pode nada e não tem por quê. Passei a explicar para a minha filha o porquê das coisas, por que ela tem que arrumar suas coisas ou brinquedos". Consistência: "Cumprir o que prometeu, isso eu não fazia. Eu percebi que se cumprir o que falei, as coisas dão certo".

Reforço	Observar comportamentos positivos do filho: "Eu sempre fazia errado; antes do curso era só observar os erros das minhas filhas e não as coisas certas. Sempre acabava indo pelo lado negativo, agora, depois do curso, me seguro". Uso do elogio: "Eu a elogio, e ela me elogia. Pus em prática os elogios". Técnica de pontuação ou tabela: "Eu só punia e nunca elogiava. Depois da aula sobre o cartaz, eu aprendi a fazer isso, ele desenha as estrelinhas e fica todo faceiro".
Punição	Ignorar: "O grande lance para mim foi o de ignorar, não dar bola. Está fazendo efeito". Diminuição de brigas e gritos: "Antes eu brigava muito, agora converso antes". Parar de bater: "Eu dava umas palmadas. Agora não dou, converso, negocio. Deu mais certo". Autocontrole: "Quando estou nervosa, procuro me afastar e/ou chorar para não bater".
Autoconhecimento e modelo	Prestar atenção em si: "Para mim, foi o mais importante, estava vivendo em função da minha família (o que não é ruim), esquecendo de mim, das coisas de que gosto, estava me anulando e não havia percebido. Procuro pensar um pouco mais em mim, fazer avaliações dos comportamentos". Mudar o exemplo: "Eu estava sendo um modelo ruim, ela estava copiando de mim quando gritava com o menor, eu comecei a dar exemplos e parou aquela história de discussão, trouxe uma mudança nota 10, agradeço vocês pela ajuda". Mudança de aspectos negativos: "Eu mudei bastante, estou sendo mais tolerante".

(Weber et al., 2006)

Além disso, como já se esperava, houve modificação positiva nos comportamentos das crianças, assim como maior alegria e aproximação das mesmas a partir da transformação advinda dos pais. Alguns relatos dos pais a seguir: "Comecei a dar as estrelinhas para a minha filha e observei melhoras excelentes";

"Minha filha começou a fazer mais as coisas que eu elogiava"; "Passei a elogiar o caderno do meu filho, e agora está caprichando mais no caderno"; "Minha filha está lendo melhor após os elogios"; "Eu passei a elogiar mais meu filho, e ele ficou tão alegre que foi contar para a avó".

"Vó, a mãe tá me dando parabéns porque estou indo dormir sozinho"; "Estou elogiando mais meu filho, então ele me escreve uns bilhetinhos dizendo que me ama, ele está mais junto de mim"; "Estou dando mais carinho e recebendo também"; "Meu filho está diferente, a semana inteira ele chegou em casa e primeiro fez a lição e depois foi brincar. Ele está mais obediente"; "Comecei a ver resultado nas atitudes da minha filha. Quando ela fazia birra, comecei a ignorar, e ela parou de fazer".

Além de mudanças em si e nos filhos, alguns pais ainda relataram transformações positivas em outras pessoas e relacionamentos: "Aprendi a elogiar e a receber elogios do meu filho e meu marido, percebi que eles também se sentem bem, melhorou a autoestima de todos"; "Comecei a elogiar mais meu irmão. Falei também para meu filho para ele elogiar a namorada, percebi que mudou a relação deles" (Weber et al., 2006).

Incredible Years Parent Training (IYPT)

O programa *Incredible Years*, criado pela professora Carolyn Webster-Stratton na Universidade de Washington, remonta a sua origem à década de 1980 (Webster-Stratton, 1981). São objetivos

do programa: o fortalecimento das competências parentais e a promoção do envolvimento dos pais nas experiências escolares das crianças com o fim de promover as habilidades acadêmicas, sociais e emocionais das crianças, assim como reduzir problemas de conduta. Além disso, as sessões focam no fortalecimento das interações entre pais e filhos, assim como em nutrir positivamente os seus relacionamentos. A disciplina rígida (*harsh*) é desencorajada.

As sessões do *Incredible Years* são orientadas pelo Manual do Programa que inclui questões para promoverem discussão entre os participantes, a partir da apresentação de vinhetas de vídeos com interações entre pais e crianças; exercícios de *brainstorming* e valores; *role plays* com exercícios práticos; atividades para casa com pontos-chave e folhetos informativos[2].

Os programas de pais da *Incredible Years* são baseados em evidências e já foram aplicados em diversos países do mundo. Além disso, são recomendados pela Força Tarefa da Associação Psicológica Americana para crianças com problemas de conduta.

O Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados do Reino Unido considerou o Programa de Intervenção Precoce para Pais e Crianças, em Manchester, como um modelo de boas práticas, seja para os primeiros anos seja para orientação em transtornos de conduta.

Ademais, diversos Institutos ao redor do mundo também recomendam o *Incredible Years*, dentre eles: a Agência de Saúde Pública do Canadá, a Fundação de Intervenção Precoce do Reino Unido, o Be You (Beyond Blue), criado pelo Departamento de Saúde do Governo Australiano e o Instituto Holandês da Juventude[3].

2 https://incredibleyears.com/.

3 https://incredibleyears.com/about/awards-and-recognition/.

O programa de orientação parental do LaPICC-USP (Propais I e II)

O Laboratório de Pesquisa e Intervenção do Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP) tem como um dos seus trabalhos a criação do Programa de Orientação de Pais (Propais), tanto na sua primeira (Propais I) quanto na sua segunda versão (Propais II), criada posteriormente. O Propais I foi criado em 2009 e se trata de um programa com os responsáveis e/ou cuidadores das crianças pacientes da equipe do estágio de Terapia Cognitivo-Comportamental infantil do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP). O Propais I tem como objetivo auxiliar e instrumentalizar os pais nos assuntos-alvo referentes às suas demandas quanto à criança (Neufeld et al., 2017). Tendo em vista esse objetivo, são realizadas dez sessões em grupo. Cada sessão tem a duração de 50 minutos. As sessões seguem o cronograma temático disposto na tabela 2:

Tabela 2 – Estrutura Básica do Propais I

Sessão	Principais objetivos
1-2	Estabelecer vínculo com os terapeutas e entre o grupo; apresentar os objetivos do grupo; discutir sobre aspectos que influenciam o comportamento da criança.
3-5	Orientar sobre pontos básicos da educação dos filhos, como por exemplo: como dar ordens, estabelecer regras e o que fazer quando o filho não obedece.
6-9	Introdução do modelo cognitivo. Conhecer os pensamentos dos pais a respeito da relação entre eles e das dificuldades que os filhos apresentam; avaliar e intervir sobre pensamentos disfuncionais.
10	Encerramento e avaliação do programa.

(Neufeld & Maehara, 2022)

Tendo em vista o papel fundamental da família no desenvolvimento saudável dos jovens, ela é considerada essencial no trabalho da equipe de TCC, seja para a concretização de ações preventivas eficazes, seja para o que diz respeito ao manejo em contextos de crise (Neufeld et al., 2017). Sendo assim, um dos critérios para uma criança ser atendida pela equipe de TCC do CPA da FFCLRP-USP é a de que os responsáveis da mesma sejam participantes do Propais I. Faz-se importante relatar que esse critério obrigatório foi adicionado após a falta de adesão ao programa por parte dos pais, quando essa participação era opcional – no programa piloto (Neufeld & Maehara, 2022). No entanto, caso esses responsáveis não queiram/possam participar, eles têm a opção de que a criança seja atendida por uma equipe de outra abordagem.

Em 2011, dois anos após a implementação do Propais I, foi criado o Propais II. Esse segundo programa, também direcionado às famílias, tem como enfoque, por sua vez, a promoção de saúde de crianças em escolas e organizações. O objetivo central do Propais II, que é realizado em seis sessões de 50 minutos cada, é preventivo e de caráter mais psicoeducativo do que o Propais I. Diferentemente do Propais I, na segunda versão do programa, não é necessário que os pais participantes tenham filhos em tratamento psicológico. A estrutura geral do Propais II está disponível na tabela 3 abaixo:

Tabela 3 – Estrutura geral do programa Propais II

Sessões	Atividades Desenvolvidas
Pré-teste	Aplicação dos instrumentos: EQIF, CBCL e CCEB.
1 e 2	Estabelecimento de vínculo e coesão grupal. Levantamento de dificuldades e identificação de perfis e modos de educar. Psicoeducação de habilidades sociais educativas parentais, desenvolvimento infantil.

3 e 4	Psicoeducação e treino de observação sobre leis do comportamento e técnicas de comunicação eficaz. Treinos de automonitoramento (comportamentos e emoções). Início de psicoeducação do modelo cognitivo.
5 e 6	O modelo cognitivo no cotidiano e a identificação de distorções cognitivas. Manejo de emoções desconfortáveis. Avaliação final.
Pós-teste	Reaplicação dos instrumentos mensurados.

(Cassiano apud Neufeld, 2017)

Benedetti (2019) avaliou o Propais I por meio de um delineamento pré-experimental, com aplicação do Inventário de Estilos Parentais (IEP), Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e Inventário de Comportamentos Infantis (*Child Behavior Checklist* – CBCL) antes e depois da realização do programa por seis grupos de pais (38 participantes ao todo), no período de 2010 a 2015. Posteriormente à intervenção, os resultados demonstraram evidência significativa de transformações positivas nos estilos parentais, assim como diminuição das queixas referentes aos filhos, medidas por meio do SDQ do CBCL. Além disso, houve melhora quanto às habilidades educativas positivas dos pais, assim como queda nos problemas relacionados aos comportamentos das crianças e adolescentes, segundo a percepção dos participantes.

Um estudo realizado com 45 responsáveis (pais, mães e avós) de crianças e adolescentes (de 6 a 14 anos) de duas instituições não governamentais do estado de São Paulo foi realizado com o objetivo de aplicar e avaliar mudanças em relação às práticas parentais apropriadas e à qualidade na interação familiar após a realização do Propais II por esses pais. Os instrumentos utilizados nesta pesquisa

foram: o Inventário de Comportamentos para Crianças (*Child Behavior Checklist*), as Escalas de Qualidade na Interação Familiar (EQIF) e o Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEB). Foram considerados apenas os escores de *25 participantes*, tendo em vista que foi o número dos responsáveis que participou ao menos de 75% dos encontros (um critério importante neste estudo). A maioria dos participantes que concluiu o Propais II foi agrupada nos níveis socioeconômicos B e C (72%). A maioria das queixas iniciais dos pais foi referente tanto à desobediência quanto à teimosia das crianças (29,6% cada). Levando em consideração as percepções parentais acerca das suas práticas educacionais e da interação com as crianças, detectou-se melhorias nos aspectos medidos a seguir: envolvimento; relacionamento afetivo; modelo parental; comunicação; regras e monitoramento; e sentimentos das crianças. Além disso, também foi detectada diminuição nas punições físicas e no clima conjugal negativo (Russo et al., 2021).

O treinamento parental e a promoção da saúde

A promoção da saúde vem sendo compreendida nos últimos 30/35 anos como uma estratégia promissora de enfrentamento dos problemas de saúde humanos, por meio da articulação de saberes técnicos e populares e da mobilização de recursos públicos e privados em prol da qualidade de vida. Essa estratégia se baseia, sobretudo, na ideia de que a responsabilidade tanto pelos problemas sociais quanto pelas suas soluções é múltipla, ou seja, da sociedade como um todo (Buss et al., 2020).

A primeira conferência internacional sobre Promoção de Saúde foi realizada na cidade de Ottawa, no Canadá, em 1986. Essa conferência deu origem ao documento chamado "Carta de Ottawa", que afirma o seguinte:

> Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (Carta de Ottawa, 1986)

Considerando a qualidade da saúde mental para a promoção da saúde, faz-se importante a compreensão da prevalência dos transtornos mentais na população.

Acerca das crianças e dos adolescentes, por mais que a cobertura global de dados de prevalência de transtornos mentais seja limitada, tendo em vista que dos 187 países pesquisados, Erskine et al. (2017) não encontraram dados dignos de nota em 124 deles, destaca-se o resultado encontrado de que a prevalência para transtornos mentais em crianças e adolescentes de 5 a 17 anos foi de 6,7%, sendo de 5% para transtornos de conduta, 5,5% para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, 16,1% para Transtorno do Espectro Autista, 4,4% para Transtornos Alimentares, 6,2% para Transtornos do Humor de prevalência de sintomas depressivos (Depressão) e 3,2% para Transtornos de Ansiedade.

Os dados acima já eram preocupantes e datam de 2017, antes do início da pandemia da Covid-19. Sabe-se que a pandemia aumentou os fatores de risco para os transtornos mentais e inclusive sintomas depressivos, ansiosos e de estresse relacionados à doença Covid-19. Em estudo mais recente acerca da população mundial geral, a Organização Mundial da Saúde estima que a pandemia da Covid-19 levou a um aumento de 27,6% nos casos de transtornos

depressivos graves e em 25,6% nos casos de transtornos de ansiedade (OMS, 2022).

Racine et al. (2021) realizaram meta-análises de efeito aleatório que considerou 29 estudos com 80.879 participantes ao todo, a fim de analisar a prevalência global de sintomas depressivos e ansiosos em crianças e adolescentes durante a pandemia de Covid-19. Sobre as estimativas de prevalência agrupadas de sintomas depressivos e ansiosos clinicamente elevados, essas foram de 25,2% (IC95%, 21,2%-29,7%) e 20,5% (IC95%, 17,2%-24,4%), respectivamente.

Sendo assim, não restam dúvidas de que é imprescindível o fortalecimento de ações sociais rumo à construção de uma atmosfera mais saudável a todos. Dessa forma, compreende-se que iniciativas de promoção de saúde voltadas às práticas parentais positivas são parte fundamental dessas ações tão necessárias. Segundo pesquisa da UNICEF (2017), 300 milhões de crianças no mundo, o que representa 75% das crianças, são vítimas de disciplina violenta (punição física e/ou agressão física) por seus pais ou outros cuidadores em casa.

As evidências referentes às consequências dos maus-tratos infantis são destacadas na tabela 4 abaixo:

Tabela 4 – Evidências sobre as consequências de maus-tratos infantis

Consequências	**Evidências em estudos prospectivos**	**Evidências em estudos retrospectivos**
Ocupacionais		
Baixo nível de conquistas educacionais	Moderadas	Fracas
Empregos que requerem poucas habiliadedes	Moderadas	Faltam

Saúde mental		
Problemas comportamentais na infância ou adolescência	Fortes	Fortes
Transtorno de estresse pós-traumático	Fortes	Fortes
Depressão	Moderadas	Fortes
Tentativa de suicídio	Moderadas	Fortes
Comportamento de autoagressão	Fracas	Fracas
Problemas com álcool	Moderadas	Fortes
Abuso ou dependência de drogas	Fracas	Fortes
Saúde física e comportamento sexual		
Prostituição	Moderadas	Fortes
Gravidez na adolescência	Inconsistentes	Fortes
Promiscuidade	Sem efeito	Fortes
Saúde geral quando adulto	Faltam	Moderadas
Dor crônica quando adulto	Sem efeito	Fracas
Obesidade	Fortes	Fracas
Uso aumentado de serviços de saúde	Faltam	Moderadas
Qualidade de vida	Faltam	Faltam

Agressão, violência e criminalidade		
Comportamento criminoso	Fortes	Fortes

Nota: evidências de efeitos significativos mesmo depois de ajustes para possíveis confundidores. Moderadas = evidências de efeitos significativos, mas pequenas ou de efeitos mais fortes, mas vinculados a outras variáveis confundidoras. Fracas = evidências constantes de efeitos pequenos, mas a partir de estudos com problemas metodológicos ou de associações que não se mantêm após ajustes de confundidores. Inconsistentes = efeitos qualitativamente diferentes entre estudos. Sem efeito = evidências de ausência de efeito. Faltam = faltam estudos na área (Traduzido de Gilbert et al., 2009, como citado em Caminha et al., 2022, p. 51).

***

Sólidas mudanças positivas na educação parental se fundem a transformações pessoais profundas. Aqueles que se tornam pais mais conscientes, responsáveis e afetuosos, tornam-se, por consequência, pessoas mais conscientes, responsáveis e afetuosas.

Aprender sobre a educação livre de violência é o primeiro passo na direção da conscientização e das modificações pessoais que, por sua vez, impulsionam transformações familiares e renovações sociais tão necessárias no mundo. Pais que se aperfeiçoam geram benefícios além daqueles aos seus próprios filhos, tendo em vista a capilaridade inerente a cada atitude positiva em seu meio social. Uma "aldeia" harmoniosa contribui para parentalidades pacíficas e o inverso também ocorre, ou seja, pais harmoniosos favorecem a existência e manutenção de "aldeias" harmônicas.

Neste capítulo alguns programas de orientação/treinamento de pais foram mencionados, porém há ainda outros programas eficazes sendo realizados no mundo que merecem estudos e replicações. Vale enfatizar que, dos programas mencionados, o Propais I apresenta

uma característica que serve como inspiração para as demais universidades do país além da USP, qual seja: o da sua realização pelos pais ser um requisito para o atendimento psicológico das crianças. A esperança é de que outras instituições de ensino com clínicas-escola sigam esse exemplo, pois se mostra promissor no que tange à expansão das práticas parentais positivas.

O sofrimento ou comportamento disruptivo de uma criança, muitas vezes, aponta um problema sistêmico familiar. Não é incomum, entretanto, que os pais de crianças ou adolescentes se retirem de cena ao refletirem em voz alta sobre questões importantes dos seus filhos, por meio de falas como "Não sei de quem ele/ela puxou isso."; "Não sei onde ele/ela aprendeu isso." Sendo assim, é crucial que as ações de promoção da saúde integrem programas de orientação/treinamento parental elucidativos quanto à relação entre saúde mental parental e saúde mental de crianças e adolescentes, além da associação entre os comportamentos parentais e os comportamentos infanto-juvenis.

Por fim, é relevante relembrar da história remetida a Alexandre Magno, rei da Macedônia, de que esse, ao ser informado de que o império da Ásia seria de quem desatasse o nó que havia entre o jugo e o timão da carroça do rei da Frígia, sacou sua espada, cortando-o ao invés de desatá-lo (Muller, 2007). Criar um filho pode ser tão desafiador ou mais do que desatar os mais desafiadores nós da História, porém a educação e o treinamento das práticas positivas da parentalidade cumprem o papel de auxiliar não só na empreitada do desatar dos nós, quanto, sobretudo, na de atar, fortalecer e nutrir os elos familiares.

Referências

Balottin, L., Mannarini, S., Rossi, M., Rossi, G., & Balottin, U. (2017). The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 1(13), p. 319-327.

Beck, J. S. (2022) *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática* (3a ed.) Porto Alegre: Artmed.

Benedetti, T. B. (2019). *Avaliação de um programa de orientação de pais em grupo na abordagem cognitivo-comportamental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Bowlby, J. (1953). *Child care and the growth of love*. Harmondsworth, England: Penguin.

Bugental, D. B., Ellerson, P. C., Lin, E. K., Rainey, B., Kokotovic, A., & O'Hara, N. (2010). A cognitive approach to child abuse prevention. *Psychology of Violence*, 1(S), p. 84-106.

Buss, P. M., Hartz, Z. M. A., Pinto, L. F., Rocha, C. M. F. (2020). Promoção de saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc. Saúde Coletiva*, 25(12).

Caminha, R. M., Soares, T., & Kreitchmann, R. S. (2022). Intervenções precoces: promovendo resiliência e saúde mental. In: Caminha, M. G., & Caminha, R. M. (Orgs.). *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. 2. ed. Porto Alegre: Sinopsys. p. 31-80.

Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2020). Família e intergeracionalidade. In: *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed. p. 4-14.

Carta de Ottawa. (1986). Retirado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

Carvalho, M. C. N., & Gomide, P. I. C. (2005). Práticas educativas parentais em famílias de adolescentes em conflito com a lei. *Estudos de psicologia*, 22(3).

Erskine, H. E., Baxter, A. J., Patton, G., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(4), p. 395-402.

Gomide, P. I. C. (2021). *Inventário de Estilos Parentais – IEP: fundamentação teórica, instruções de aplicação, apuração e interpretação*. Curitiba: Juruá.

Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10(3), p. 243-268.

Gusmão, M. (2022). Treinamento de pais: aplicações clínicas. In: Caminha, M. G., & Caminha, R. M. (Orgs.). *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. 2. ed. Porto Alegre: Sinopsys. p. 89-120.

Gusmão, M., Almeida, F. F., & Scherer, L. P. (2022). Treinamento de pais: fundamentos teóricos. In: Caminha, M. G., & Caminha, R. M. (Orgs.). *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. 2. ed. Porto Alegre: Sinopsys. p. 13-30.

Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 59(8), p. 741-749.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2017). Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, p. 189-194.

Kingsbury, M., Sucha, E., Manion, I., Gilman, S. E., & Colman, I. (2019). Adolescent mental health following exposure to positive and harsh parenting in childhood. *Can J Psychiatry*, 65(6), p. 392-400.

Li, J., Ahemaitijiang, N., Han, R. Z., & Jin, Z. (2018). Grandparents' parenting on children's internalizing symptoms: the serial mediation of parents' psychological control and children's emotion regulation. *Journal of Family Issues*, 39(17), p. 3996-4018.

Maia, J. M. D., & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2), p. 91-103. Sociedade Brasileira de Psicologia.

Mannarini, S., Balottin, L., Palmieri, A., & Carotenuto, F. (2018). Emotional regulation and parental bonding in families of adolescents with internalizing and externalizing symptoms. *Frontiers in Psychology*, 9.

Martins, C. B. G., & Jorge, M. H. P. M. (2010). Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. *Acta paul. enferm.*, 23(3).

Muller, J. M. (2007). *O princípio da não-violência: uma trajetória filosófica*. Trad. Polegato, I. São Paulo: Palas Athena.

Neufeld, C. B., Benedetti, T. B., Caminha, M. G. (2017). Orientação de pais em grupos. In: Neufeld, C. B., & Rangé, B. P. (Orgs.). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed. p. 335-348.

Neufeld, C. B., & Maehara, N. P. (2022). Um programa cognitivo-comportamental de orientação a pais em grupo. In: Caminha, M. G., & Caminha, R. M. (Orgs.). *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. 2. ed. Porto Alegre: Sinopsys. p. 149-176.

Neufeld, C. B., Godoi, K., Rebessi, I. P., Maehara, N. P., & Mendes, A. I. F. (2018). Programa de Orientação de Pais em Grupo: Um estudo exploratório na abordagem cognitivo-comportamental. *Psicol. pesq.* [online], 12(3), p. 33-43.

Organização Mundial da Saúde – OMS. (2022). Mental Health and Covid-19: Early Evidence of the Pandemic's Impact: Scientific Brief.

Pelisoli, C., Caminha, M. G., & Rodrigues, S. G. (2017). Atualização em treino e educação parental. In: Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Dutra, C. A prática cognitiva na infância e na adolescência. Novo Hamburgo: Sinopsys. p. 77-98.

Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during Covid-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*, 1; 175(11), p. 1142-1150.

Russo, M. C., Rebessi, I. P., Neufeld, C. B. (2021). Parental Training in groups: a brief health promotion program. *Trends Psychiatry Psychother.* 43(1).

Sanders, M. R., Turner, K. M. T., & Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3(3), p. 173-89.

Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clin Psychol Rev.*, 34(4), p. 337-357.

Scott, S. (2012). Parenting quality and children's mental health: biological mechanisms and psychological interventions. *Curr Opin Psychiatry*, 25(4), p. 301-306.

Stasiak, G. R., Weber, L. N. D., & Tucunduva, C. (2014). Qualidade na interação familiar e estresse parental e suas relações com o autoconceito, habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Psico*, 45(4), p. 494-501.

Steele, K. R., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2019). Parenting and personality disorder: an overview and meta-synthesis of systematic reviews. *National Center for Biotechnology Information*, 14(10).

Stroebe, M. (2021). The study of security and separation: an unexpected forerunner of attachment theory? *Omega*, Westport, 84(1), p. 146-156.

Unicef. (2017). *A familiar face: violence in the lives of children and adolescents.*

Van Ijzendoorn, M. H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review*, 12(1), p. 76-99.

Weber, L. N. D. (2017). *Eduque com carinho: equilíbrio entre amor e limites*. Curitiba: Juruá.

Weber, L. N. D., Selig, G. A., Bernardi, M. G., & Salvador, A. P. V. (2006). Continuidade dos estilos parentais através das gerações: transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paidéia*, 16(35), p. 407-414.

Weber, L.N.D., Salvador, A.P.V. & Brandenburg, O.J. (2006). Medindo e promovendo qualidade na interação familiar. In: Guilhardi, H. & Aguirre, N. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*. Santo André: Esetec, p. 25-40.

Weber, L. N. D., Salvador, A. P. V., Brandenburg, O. J. (2019). *Programa de Qualidade na Interação Familiar: Manual para Facilitadores*. 4. ed. Curitiba: Juruá.

Weber, L. N. D., Prado, P. M., Salvador, A. P. V., & Brandenburg, O. J. (2008). Construção e confiabilidade das Escalas de Qualidade na Interação Familiar. *Psicol. Argum*, 26(52), p. 55-65.

Weber, L. N. D., Salvador, A. P. V., & Brandenburg, O. J. (2006). Medindo e promovendo qualidade na interação familiar. In: Guilhardi, H., & Aguirre familiar, N. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*, vol. 18. Santo André: Esetec. p. 25-40.

Webster-Stratton, C. (1981). Videotape modeling: A method of parent education. *Journal of Clinical Child Psychology*, 10(2), p. 93-98.

CAPÍTULO 10

Luto simbólico perante o diagnóstico de seu filho

Luise Kindel Monteiro

A ideia desse estudo surgiu de uma experiência no estágio supervisionado em um Núcleo de Desenvolvimento, situado no município do Rio de Janeiro, desempenhado ao longo do ano de 2019. Durante essa vivência, foi possível construir uma visão mais aprofundada de diversos transtornos do desenvolvimento, tais como o Transtorno do Espectro Autista e os vários Transtornos de Linguagem. Contudo, foi ao expandir o meu olhar para o indivíduo em desenvolvimento além do diagnóstico, que me apaixonei por esse universo.

Esse Núcleo de Desenvolvimento atua de forma multidisciplinar para o desenvolvimento integrado de crianças, jovens e adultos em suas dimensões sociais, pedagógicas e afetivas. Como estagiária, a minha função na clínica era ajudar a conduzir as atividades de dois grupos terapêuticos com propostas distintas. Um deles era voltado para a promoção de situações de aprendizagem formal e de vida prática que viabilizassem ampliar a comunicação e interação social dos alunos, favorecendo a funcionalidade de seu comportamento, de forma mais independente e autônoma possível. Ao passo que o outro consistia numa oficina de culinária pré-profissionalizante, com o propósito de estimular as capacidades já existentes e desenvolver habilidades sociais necessárias para introdução dos estudantes no mercado de trabalho. Apesar da minha função se restringir a atender os pacientes propriamente, não pude deixar de perceber, na prática,

como a família (especialmente pai e mãe) desempenha um papel significativo na constituição do sujeito.

O contato com jovens que apresentam um desenvolvimento atípico e seus familiares despertou-me a vontade de aprofundar os estudos sobre a Psicologia do Desenvolvimento. Em vista disso, no início de 2020, após concluir o período de estágio na instituição, ingressei no Grupo de Pesquisa Biologia: Cultura e Desenvolvimento da PUC-Rio. A partir dessa experiência e do debate de temas associados, eu percebi a indispensabilidade de acolher não unicamente os pacientes e suas necessidades, mas também os seus cuidadores, visto que esses também possuem dilemas e sofrimentos específicos que podem prejudicar o desenvolvimento e o ajustamento social de seus filhos. É importante dizer que, assim como propõe a Psicanálise, quando mencionados pai e mãe nessa produção, não se refere necessariamente aos genitores, mas àqueles que ocupam a função materna e paterna, podendo ser desempenhada por alguém que possua vínculo genético, como avós ou tios, ou por afinidade, com amigos da família ou padrinhos.

Respaldando a urgência dessa temática, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística afirma que ao longo das últimas décadas, a produção de estatísticas de pessoas com deficiência tem sido cada vez mais demandada, tanto por órgãos do governo, quanto pela sociedade. A Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE, 2021), divulgada em agosto de 2021, revela que havia no Brasil, naquele ano, 17,3 milhões de pessoas de 2 anos ou mais de idade com algum tipo de deficiência. O número correspondia a 8,4% da população nessa faixa etária. Por região, o maior percentual de pessoas com deficiência foi encontrado no Nordeste (9,9%), seguido do Sudeste (8,1%), Sul (8%), Norte (7,7%) e Centro-Oeste (7,1%). A pesquisa foi feita em parceria com o Ministério da Saúde, com base em amostra de 108 mil domicílios. Já no âmbito internacional, o Art. 319 da

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas em 13 de dezembro de 2006 e assinada pelo Brasil em 30 de março de 2007, afirma a necessidade de informações confiáveis que possam permitir a elaboração de políticas e o monitoramento dos fatores de melhoria das condições de vida desse grupo.

Para realizar a discussão e articulação acerca das noções e conceitos teóricos importantes para a temática proposta, será abordada nesse capítulo a influência que os pais exercem no processo de constituição psíquica da criança, a partir do referencial teórico de Freud e Lacan. Assim como, o conceito de mãe suficientemente boa de Winnicot e a teoria das representações maternas de Serge Lebovici sobre o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real. Ainda, as crenças parentais sobre o conceito de normalidade proposto por Georges Canguilhem e Dalgalarrondo, bem como a noção de deficiência através das obras de Debora Diniz e Luciene da Silva. Por fim, será analisado o processo de luto simbólico proposto pela Psicanálise desde a crise e manutenção do objeto idealizado até a elaboração da perda.

Acredita-se que esse tema possui grande relevância na promoção de saúde mental, pois encoraja um entendimento sobre as diferenças como um componente da individualidade, combatendo, dessa forma, a discriminação e o preconceito social em relação a essas pessoas, oferecendo-lhes dignidade e maior qualidade de vida, bem como aos seus familiares. Esse escrito contesta a ideia de que pessoas com deficiência são inferiores às demais, merecendo ser tratadas como anormais e incapazes, em comparação com um ideal definido como perfeito.

O papel dos pais no desenvolvimento psíquico da criança

De acordo com a abordagem psicanalítica, o processo de constituição psíquica antecede necessariamente a constituição do sujeito.

Autores como Freud (1914) e Lacan (1999) defendem a necessidade da socialização para que ocorra a subjetivação, sendo fundamental a figura de um outro humano que lhe transmita significantes. Freud (1914) ainda assegura que esse processo tem o seu início desde o momento da concepção ou até mesmo durante o planejamento da gravidez, visto que esse ser já está sendo idealizado pelos seus pais.

Em sua obra *Introdução ao narcisismo*, Freud (1914) colocou em discussão a importância dos genitores no curso do narcisismo primário infantil. Conforme o autor, a constituição desse eu ocorre por meio da revivescência e reprodução do narcisismo dos pais que tendem a projetar em seu filho aquilo que eles gostariam de ter realizado em sua infância, como a realização de alguma conquista ou o desenvolvimento de alguma habilidade. Com o propósito de "suspender, face à criança, todas as conquistas culturais que o seu próprio narcisismo foi obrigado a reconhecer, e nela renovar as exigências de privilégios há muito renunciados" (Freud, 1914, p. 36-37). O seguimento desse processo depende das suas próprias experiências e da forma como eles também foram contemplados por esse "banho de linguagem" (Szeger & Stewart, 1997). Caso dependesse da vontade desses cuidadores, as leis da natureza, tal qual as da sociedade, seriam suprimidas com a intenção de proteger a "Sua Majestade, o Bebê" contra qualquer sofrimento ou frustração. Esse olhar libidinoso dos pais permite que o indivíduo no início de sua vida consiga se colocar numa posição objetal, isto é, investir libido em seu próprio ego, satisfazendo a si mesmo e vivenciando o amor por si próprio.

Por outro lado, Lacan (1999) ressalta a necessidade do discurso parental no processo de constituição psíquica, para ele "não há sujeito se não houver um significante que o funde" (1999, p. 195). O Outro primordial que ocupa o lugar da função materna deve suprir as necessidades básicas para a sobrevivência do bebê, como oferecer segurança, alimento e higiene, do mesmo modo que deve garantir

recursos para que esse indivíduo se reconheça e desenvolva a sua estrutura subjetiva. Essa relação fusional entre a mãe, ou quem ocupa o lugar de par dual, e aquele corpo que tem potência para se colocar como humano origina nesse a pulsão e o introduz no registro do simbólico.

> A partir dessa primeira simbolização em que se afirma o desejo da criança esboçam-se todas as complicações posteriores da simbolização, na medida em que seu desejo é o desejo da mãe. Em vista disso abre-se uma dimensão pela qual se inscreve virtualmente o que a própria mãe deseja em termos objetivos como ser que vive no mundo do símbolo, num mundo em que o símbolo está presente, num mundo falante. (Lacan, 1999, p. 188)

Enquanto o pediatra e psicanalista Winnicott (1990) sugere que a constituição do ser humano depende de uma relação mútua entre um organismo biológico e um ambiente que lhe dê amparo. Segundo ele, o indivíduo só conseguirá usufruir de seu organismo com potencial herdado e força vital em direção a um contínuo vir-a-ser num ambiente cujas condições sejam favoráveis para tal (Amarilian, 2003). Assim sendo, o desenvolvimento do sujeito e a sua possibilidade de crescimento dependem não apenas das suas características inatas, mas também do contexto em que ele está inserido que pode ser estimulante ou limitante desse processo. Assim:

> Existe o meio ambiente que não é suficientemente bom e que distorce o desenvolvimento do bebê, da mesma forma que pode haver um meio ambiente suficientemente bom, aquele que permite ao bebê alcançar, em cada estádio, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos apropriados. (Winnicott, 1993, p. 491)

Ademais, esse estudioso apresenta o conceito de "mãe suficientemente boa" como aquela que se ajusta às necessidades do bebê, satisfazendo, para tal, com três funções primordiais da maternagem. A primeira delas, intitulada como *holding*, ou sustentação, diz respeito

à cronicidade dos afetos envolvidos em um comportamento, a disposição afetiva dos cuidados, manifesta através do sustento físico e psíquico da criança fazendo com que o ambiente seja previsível (Winnicott, 1983). Já o *handling*, ou manejo, envolve todo contato físico expresso através do manuseio corporal do bebê, tal como experimentado no aleitamento, seja ele exclusivo ou complementado, e até mesmo em brincadeiras. Por fim, a terceira função materna é a representação dos objetos, que consiste no distanciamento saudável que leva o bebê a procurar outros objetos de satisfação (Winnicott, 1965). Em suma, a "mãe suficientemente boa" não é perfeita, pois apesar de tentar prover as necessidades de seu filho, ela naturalmente falha e nem sempre satisfaz os seus desejos.

Com base nos princípios da Psicanálise apresentados, é indispensável ter em consideração as expectativas que os pais lançam nesse que chega à família. Isto posto, Lebovici (1987) explica as três representações maternas do bebê (e pode-se considerar também o pai, embora menos ressaltado pelo autor). A criança da fantasia corresponde ao desejo infantil da mãe, que se expressa no inconsciente, em ter um filho como seu próprio pai e posteriormente é reprimido pelo declínio do Complexo de Édipo. Quanto à criança imaginária, resulta do desejo da maternidade e corresponde ao filho idealizado em nível pré-consciente. O bebê imaginário, por sua vez, é aquele ser único que é dado à luz no momento do parto com toda a sua singularidade (Lebovici, 1987).

As ideias mencionadas sobre as dimensões imaginárias demonstram a influência destas no vínculo primário fundamental entre o bebê e os seus genitores, segundo o qual será disponibilizado um contexto afetivo e social adequado que lhe fornecerá sentido e identidade. Em consideração a isso, Tavares (2016) evidencia a importância da investigação sobre as representações parentais iniciais sobre o bebê, dado que estas influenciam o processo de vinculação

pais-filhos, sendo assim decisivas para o seguimento do desenvolvimento infantil.

Conceito de normalidade

Conforme visto, as crenças e valores parentais influenciam diretamente a forma como os pais irão lidar com as características inesperadas de seus filhos. Estudos apontam que o contexto histórico-cultural determina as informações que são disseminadas em um grupo que se refletem em sistemas de crenças parentais, os quais são relacionadas ao estilo de cuidado dispensado à criança (Kobarg et al., 2006). A qualidade e importância atribuídas a determinadas características ou condutas, bem como os conceitos compartilhados por um grupo de pessoas, determina a maneira como elas pensam, se comportam e interagem entre si.

Keller et al. (2003) abordam as crenças parentais como *etnoteorias*, que equivalem a conjuntos organizados de ideias manifestas implicitamente por meio de atividades cotidianas, opiniões de juízo e decisões tomadas pelos responsáveis, orientando as suas ações. A partir dos resultados dessas pesquisas, os autores sustentam a hipótese de que os pais fazem uso desses recursos para criar as suas concepções sobre o desenvolvimento, autoavaliação da competência parental, a noção de sucesso ou fracasso, como também para determinar metas pessoais e para a sua família.

No decurso de seu livro *O normal e o patológico*, Georges Canguilhem (2009) instiga uma reflexão filosófica questionando os limites entre o normal e o patológico, sugerindo que o conceito de normalidade é algo relativo. Como médico e filósofo, os seus modos de examinar as definições da doença lhe permite questionar a nossa relação com a vida individual e política por meio da análise do conceito de normal. Por esse raciocínio, a determinação daquilo que

é considerado como anormal configura uma forma de exercício de poder circunscrito em uma determinada cultura, contexto histórico, político e social.

> Não são apenas as variações individuais – que ocorrem nos "temas" fisiológicos habituais do homem branco dito civilizado – que nos parecem interessantes como expressão da normatividade biológica humana; são, mais ainda, as variações dos próprios "temas" de grupo para grupo conforme os gêneros e os níveis de vida, em relação com as tomadas de posição éticas ou religiosas relativas à vida, em suma, a normas coletivas de vida. (Canguilhem, 2009, p. 53)

O médico afirma que um organismo vivo só é considerado normal uma vez que ele consiga tolerar a *infidelidade do meio* (Canguilhem, 2009). Assim, a ausência ou presença de saúde decorre da possibilidade de se adaptar às novas circunstâncias e ajustando-se, assim, para a sua sobrevivência num determinado contexto. Uma anomalia não é necessariamente patológica a menos que, em determinado meio, ela seja compreendida como um impedimento e gere sofrimento. Portanto, esse debate não pode se reduzir a uma análise físico-química, mas deve-se levar em conta aspectos culturais segundo os quais são estabelecidas as normas, regras ou critérios aceitos por um grupo social. A doença não é meramente um desfuncionamento a reparar ou um desequilíbrio químico a corrigir, é antes de tudo uma vivência individual em que o doente se vive como qualitativamente outro.

No âmbito da psiquiatria, o conceito de doença é igualmente questionável. A distinção científica entre o normal e o patológico obedece a outros critérios além dos que foram anteriormente mencionados, no entanto também sofrem influências ideológicas e políticas. Nesse caso, Paulo Dalgalarrondo (2018), doutor em psiquiatria e referência na área, destaca os nove principais critérios de normalidade e anormalidade a serem adotados conforme as

concepções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional ou instituição de saúde. São eles: normalidade enquanto ausência de doença, normalidade ideal, normalidade estatística, normalidade como bem-estar, normalidade funcional, normalidade como processo, normalidade subjetiva, normalidade como liberdade e normalidade operacional.

A respeito dessas definições, algumas considerações são significativas para essa leitura. O primeiro critério listado pelo autor é a normalidade como ausência de doença, quer dizer, o indivíduo saudável é aquele que não apresenta nenhum tipo de sintoma. Entretanto, essa ideia é considerada como precária, pois se baseia em uma definição negativa, caracterizada por aquilo que lhe falta e não pelas suas qualidades enquanto ser (Dalgalarrondo, 2018).

Seguidamente, a normalidade ideal é descrita como dependente de critérios socioculturais e ideológicos arbitrários, justificando por muitas vezes, a inclusão de aspectos que não são exatamente psicopatológicos. Já a normalidade estatística, como o próprio nome sugere, é definida a partir de dados mensuráveis, ou seja, normal é aquilo que se encontra com maior frequência na população. Todavia, essa perspectiva desconsidera a subjetividade do sujeito, fator indispensável para a análise da saúde mental (Dalgalarrondo, 2018).

Por outro lado, a ideia de normalidade como bem-estar é consoante com a definição de saúde estipulada pela Organização Mundial da Saúde como sendo "o completo bem-estar físico, mental e social" (OMS, 1946), sendo considerada pelo mesmo como vasta, imprecisa e quase impossível de ser alcançada. Nesse sentido, quase nenhuma pessoa se enquadraria nesse ideal utópico de bem-estar absoluto. Conforme a normalidade funcional, o fenômeno é considerado patológico uma vez que é disfuncional em vários aspectos da vida do indivíduo, como no âmbito social, pessoal e profissional, ou

produz sofrimento para si mesmo ou para o seu grupo social (Dalgalarrondo, 2018).

Já a normalidade como um processo considera aspectos dinâmicos do desenvolvimento psicossocial, presumindo as estruturações, crises e desestruturações intrínsecas a determinadas etapas da vida como a infância, a adolescência e a velhice. Em contrapartida, a normalidade subjetiva dá maior ênfase à percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde. Porém, esse critério abre lacunas para falhas, devido ao fato de que muitas pessoas que relatam se sentir bem, saudáveis, com energia e felizes, como no caso de um episódio maníaco, essas pessoas estão de fato apresentando um quadro psicopatológico.

Ainda, a normalidade como liberdade relaciona a questão da saúde mental com a possibilidade de transitar com graus distintos sobre o mundo e sobre o seu próprio destino. Ela pode ser vista como a possibilidade de dispor de senso de realidade, humor e sentido poético perante a vida. Por fim, a normalidade operacional possui finalidades pragmáticas específicas, como o uso de manuais diagnósticos, tais como o DSM e o CID (Dalgalarrondo, 2018). Observa-se que a discussão do conceito de normalidade é multifacetada e requer uma postura crítica e reflexiva do profissional, de forma que as questões políticas, históricas, sociais e econômicas sejam levadas em consideração.

Segundo a própria Organização Mundial da Saúde (2011), a noção de deficiência é complexa, dinâmica, multidimensional, e se encontra em constante transformação. Recentemente houve uma significativa mudança de paradigma sobre a compreensão desse conceito, que passou a ser discutido em termos políticos e não estritamente diagnósticos. Isso porque, com o passar do tempo, o modelo biomédico, que utiliza de práticas da reabilitação e curativas para alcançar a normalidade, passou a ser substituído pelo modelo socioantropológico, que recusa a descrição de um corpo com impedimentos

como anormal. Assim, a deficiência é concebida para além de um corpo com lesão, como também uma denúncia à estrutura social que oprime o corpo com variações de funcionamento (Diniz, 2012).

Os impedimentos corporais passam então a ser reconhecidos como uma das inúmeras formas de vivenciar um corpo e não mais uma desvantagem natural a ser reparada em busca de um padrão de funcionamento típico da espécie (Diniz et al., 2009). Nos dias de hoje, entende-se por pessoas com deficiência como:

> Aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (ONU, 2006, Art. 1º)

Por essa ótica, a desvantagem não é inerente aos contornos do corpo, mas resultado de crenças e atitudes que discriminam as diferenças e desconsideram a sua individualidade. Para a psicologia sócio-histórica, o ser humano não nasce com as suas características já estabelecidas, elas são atribuídas por meio da relação com a sociedade, a qual determina os padrões e as normas de conduta a serem seguidos (Bock et al., 2007). Vendramin (2019) diferencia seis principais barreiras para a acessibilidade, são elas: barreiras arquitetônicas (físicas); barreiras comunicacionais (interpessoal, escrita e virtual); barreiras metodológicas (adequação de métodos e técnicas para o acesso de pessoas com deficiência à educação, cultura e lazer); barreiras instrumentais (adaptação de ferramentas e utensílios); barreiras pragmáticas (políticas públicas, legislação e normas); barreiras atitudinais (atitudes ou comportamentos discriminatórios).

Ocorre que as barreiras concretas, apesar de serem muito debatidas, não são as principais responsáveis por impedir que a inclusão aconteça, o seu principal impedimento é a barreira atitudinal. A acessibilidade atitudinal requer uma análise da deficiência como um

fenômeno social e não meramente biológico, em que o padrão de normalidade é definido historicamente (Santos, 2019). Uma conduta acessível implica na desconstrução de preconceitos e estigmas que impossibilitam a plena participação social das pessoas com deficiência. Assim, a acessibilidade atitudinal faz referência a um conjunto de atitudes e práticas que visam diminuir as diferenças e quebrar as barreiras sociais entre as pessoas, sendo a base para os demais tipos de acessibilidade.

Em contrapartida, o questionamento sobre as competências de um indivíduo em razão da sua deficiência configura um tipo de opressão denominado capacitismo (Marco, 2020). Este termo tem por fundamento a falácia de que alguns seres humanos são naturalmente inferiores aos outros em razão de alguma de suas características, merecendo, portanto, serem menosprezados e excluídos. A deficiência é vista como algo a ser reparado em prol de um padrão de perfeição estabelecido socialmente. Na prática, o capacitismo não envolve apenas termos ofensivos, olhares de julgamento ou o desrespeito. Ele também está relacionado a uma ausência de pessoas com deficiência em diversos espaços da sociedade.

Em um estudo sobre a concepção da deficiência desde a antiguidade, Nikolas Corrent (2016) comprovou que apesar dos avanços científicos, o preconceito contra as pessoas com deficiência permanece até os dias atuais. É inquestionável que a deficiência sempre esteve presente, mesmo que de formas mais omissas, na história da humanidade, muito embora o entendimento e o tratamento em relação à deficiência se deram de diferentes maneiras em civilizações antigas como nas sociedades gregas, egípcias e romanas.

No Egito Antigo, as questões referentes às deficiências não eram vistas como motivo de exclusão e discriminação pela sociedade. Pelo contrário, as pessoas que apresentavam algum impedimento físico eram cuidadas pelos demais e integradas socialmente. Eles podiam

trabalhar e pertencer a diferentes classes sociais desde escravos até os nobres e faraós.

Se por um lado os egípcios se mostraram tolerantes a essa problemática, os gregos cultuavam extremamente o corpo saudável e o exercício físico, não havendo espaço para os deficientes entre eles. Portanto, eles adotavam a política da eugenia, segundo a qual os bebês que nasciam com algum atributo considerado como uma deformidade deveriam ser sacrificados.

Na Roma Antiga a discriminação contra as pessoas com deficiência também era uma realidade. As pessoas com deficiência ainda eram consideradas inúteis e descartáveis. A própria lei justificava o assassinato de crianças nascidas com uma má formação física, isso quando não eram abandonadas em lugares de extremo perigo. Com sorte, essas pessoas eram salvas da morte para serem abusadas sexualmente em bordéis ou utilizadas como atrações de circo.

Infelizmente, a admissão do corpo com impedimentos como expressão da diversidade humana é atual e ainda constitui um desafio para as sociedades democráticas e para as políticas públicas. Nesse contexto, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006, Art. 1º) é pertinente, pois propõe políticas e ações, visando promover, proteger e assegurar o exercício dos direitos humanos e liberdades às pessoas com deficiência, bem como o respeito à sua dignidade.

Luto simbólico diante da individualidade de seu filho

Do ponto de vista psicológico, a repulsa às pessoas com deficiência ou desenvolvimento atípico é considerado um mecanismo de negação social da imperfeição humana (Da Silva, 2006). Segundo a educadora Luciene Da Silva, todo ser humano está sujeito a ser deficiente, mesmo que por um determinado tempo em sua vida. Por

exemplo, quando ficarmos doentes e temos a nossa funcionalidade prejudicada, necessitando dos cuidados de terceiros. Há também a possibilidade de sofrermos um acidente que cause danos permanentes a nossa saúde. Até mesmo a velhice pode ser considerada uma condição limitante do desenvolvimento. Aceitar esses indivíduos é, portanto, o mesmo que reconhecer a fragilidade inerente à condição humana que se quer negar numa sociedade apreciadora do corpo útil. Ademais, a inabilidade para lidar com essa forma diferente de ser é outro fator perturbador, dado que a previsibilidade é uma forte característica das relações sociais da contemporaneidade (Da Silva, 2006).

Para além desses motivos, a chegada de um bebê que apresenta uma condição inesperada, em geral, torna-se um evento traumatizante aos pais que o idealizavam como um ser perfeito. Freud (1914) diz que, naturalmente, nenhum sujeito atenderá a todas as expectativas lançadas por seus genitores, fato esse que constitui a primeira ferida narcísica (Araújo, 2010). Em conformidade com a teoria das representações maternas de Lebovici, esses cuidadores fatalmente irão se deparar com a criança real, que se impõe pelas suas evidentes imperfeições, e vivenciarão o luto simbólico da criança idealizada (Lebovici, 1987). Logo, a vivência do luto não se restringe unicamente aos casos de morte de um ente querido, mas à superação das inúmeras perdas reais e simbólicas inerentes ao desenvolvimento humano (Cavalcanti et al., 2013).

A situação se complexifica ainda mais nos casos em que a sua criança foge aos padrões da sociedade, uma vez que as expectativas se distanciam da realidade em maior grau. Quando isso ocorre, a fertilidade emocional do casal é colocada em prova, pois o eu que eles haviam projetado deverá ceder lugar a um objeto que necessitará ser ressignificado e reinvestido em seus pensamentos, desejos e fantasias (Franco & Apolónio, 2009). Pode-se dizer então que esse

objeto nasce, em um primeiro momento, enquanto objeto de desilusão (na condição de ferida emocional e narcísica) e, após o processo de elaboração do luto parental, é concebido como um novo objeto de amor (na imaginação real do seu futuro e das suas particulares características).

Segundo Freud (1917/1915), esse é um processo lento e doloroso, pois implica em um sofrimento emocional e dor mental profunda que exige um tempo para ser elaborado. Diz ele:

> Também é digno de nota que jamais nos ocorre ver o luto como um estado patológico e indicar tratamento médico para ele, embora ocasione um sério afastamento da conduta normal da vida. Confiamos em que será superado após certo tempo, e achamos que perturbá-lo é inapropriado, até mesmo prejudicial. (Freud, 1917/1915, p. 172)

É necessário que o ser humano compreenda que as coisas são transitórias e que para acolher algo novo, é imprescindível que ele sofra o luto dessa outra coisa perdida. Melhor dizendo, fazer o luto significa abdicar de algo que durante um período de nossas vidas foi importante e alvo da nossa paixão. Negar a vivência do luto implica em dizer que se gostaria de manter as coisas como elas estão, mas isso já seria a própria morte. Esse trauma pode estar relacionado a uma perda concreta, como a morte de um ente querido ou a destruição de um bem, ou a uma perda subjetiva, tal qual uma desvinculação do antigo emprego, o rompimento de um relacionamento ou o desapontamento com determinadas expectativas.

Como pode ser verificado por Vendrusculo (2014), estudos apontam que quando algo da ordem de uma deficiência se coloca, nota-se três possíveis atitudes dos pais: o abandono, a compensação e a superação. A primeira delas é a posição de abandono, vergonha e reclusão decorrente da constatação de que o filho idealizado não se apresentou para cumprir com as expectativas dos seus pais. Sabe-se

que toda gravidez pressupõe uma reparação das frustrações e dos traumas vividos pelos genitores. Ao se darem conta da impossibilidade de que isso aconteça, a família se desobriga de sua responsabilidade, assumindo uma postura de vitimização que inviabiliza qualquer possibilidade para essa criança. Em tal caso, ela não é estimulada a aprender e se desenvolver ou encorajada a realizar novas conquistas.

> Todas as impossibilidades de participação ativa da sociedade, de realização e progresso da situação individual de cada uma das partes da parentalidade é justificada por esta. O nível de privação que os pais se estabelecem na maioria das vezes não está associado à limitação real que a deficiência do filho impõe, mas a uma barreira simbólica importa por um desejo de morte e pelo sentimento de incapacidade. (Vendrusculo, 2014)

Em seguida, em virtude da culpa e da tentativa de compensação, a família procura meios de remediar essa falha. Trata-se de um esforço inicial para que esse sujeito venha a superar o limite real imposto pela deficiência. Conforme explicado anteriormente, a fragilidade humana testemunhada pela deficiência ocasiona uma situação de não saber (inconsciente) em relação à criança, colocando-a numa posição passiva de receber tudo prontamente, sem que ela seja instigada a vivenciar novas experiências e realizar atividades diferentes daquelas que ela já está habituada a fazer.

Há ainda a possibilidade de superação dos pais pelo luto do filho idealizado. Nesta ocasião, eles conseguem lidar melhor com a criança real, direcionando para ela os seus desejos e fantasias independentemente da sua condição. Em oposição à atitude anteriormente citada, agora os cuidadores responsabilizam-se pelos cuidados com esse ser, reestabelecendo os processos vinculativos fundamentais ao desenvolvimento dessa criança (Franco & Apolónio, 2009).

É necessário enfatizar também que a forma como o diagnóstico é comunicado aos pais interfere significativamente no processo de vinculação com a criança, de tal modo que quanto mais adequada

for a sua declaração, menor a probabilidade de os pais se sentirem desamparados ou ficarem confusos com a situação (Lemes & Barbosa, 2007). O ideal é que o profissional informe a notícia de maneira clara, viabilizando o seu pleno entendimento e esclarecendo as possíveis dúvidas, bem como ofereça-lhes acolhimento inicial, exercendo empatia pelo momento delicado vivido por essa família. Conforme Brito e Dessen (1999), a ausência dessas condições prejudica o enfrentamento da situação, pois esse é o marco inicial de um eterno reajustamento a ser vivenciado por essa família.

***

Ao final dessa discussão, percebe-se que o contexto e a relação estabelecida com o outro são determinantes ao desenvolvimento do sujeito. Diante disso, é indispensável considerar que, se o diagnóstico de deficiência ou condição não esperada do filho gera angústia familiar, esta pode provocar conflitos que afetam a saúde da família e as possibilidades de desenvolvimento e adaptação da criança. É apenas através da elaboração do luto pelo filho idealizado que se desenvolvem novas possibilidades de vida para esse ser que chega à família.

Por essa razão, Lemes e Barbosa (2007) enfatizam a importância de os profissionais de saúde informarem e orientarem esses cuidadores a respeito da condição de seu filho de forma clara, verdadeira, responsável e sensível. Assim, deve haver uma preocupação com o pleno entendimento do enunciado e o esclarecimento de qualquer dúvida que venha a surgir, por mais simples que pareça, sem causar constrangimento nos envolvidos. É necessário que se tenha respeito ao momento delicado vivido por essas pessoas, considerando-se a influência que a atuação do profissional exerce na maneira como eles lidarão com a situação posteriormente.

Além de tudo, é essencial que os responsáveis usufruam de atenção psicológica não só no momento de anunciação do diagnóstico, mas sempre que considerarem necessário, frente aos desafios cotidianos (Vendrusculo, 2014). Nessa oportunidade, o psicólogo deve lhes oferecer suporte emocional através de um espaço seguro em que possam expressar abertamente as suas angústias e sentimentos sem serem julgados ou criticados, mas acolhidos em seu sofrimento. O atendimento por um profissional capacitado pode contribuir significativamente para a elaboração do luto simbólico e superação das dificuldades que poderão vir a enfrentar ao longo de suas vidas.

A proposta é que esses cuidadores sejam estimulados a refletir sobre os padrões sociais e o que é esperado dessa criança, de maneira a assemelhar as suas expectativas e cobranças com a realidade, honrando a singularidade de cada ser. Conforme evidenciado nesse trabalho, é fundamental que os pais/responsáveis tenham condição psíquica para acolher essa criança e investi-la de amor com as suas características. Assim, será possível desenvolver a potencialidade de sua criança, respeitando a sua condição e garantindo-lhe dignidade.

Esse estudo se contrapõe ao ideal de perfeição que justifica que as pessoas com deficiência sejam excluídas socialmente ou maltratadas. De nada adianta que o governo adote políticas públicas afirmativas para promover a inclusão social de minorias da população, sem que se desenvolva uma cultura da valorização da diversidade. Acredita-se que o conhecimento nos direciona a um futuro com menos discriminação e mais inclusão social das diferentes formas de existência. A intenção desse trabalho é contribuir, de alguma forma, para que os jovens com deficiência ou desenvolvimento atípico sejam acolhidos com suas características, não só por seus familiares, mas pela sociedade como um todo. Espera-se que esta produção desperte o interesse e a reflexão acerca do luto e seu processo de elaboração e que novos debates sejam realizados acerca do conceito

de normalidade. Como cidadãos, é nossa responsabilidade assumir o protagonismo nessa luta contra o preconceito.

Referências

Amiralian, M. L. T. M. (2003). Deficiências: Um novo olhar. Contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. *Estilos Clínicos*, São Paulo, 8(15), p. 94-111.

Araújo, M. G. (2010). Considerações sobre o narcisismo. *Estudos de Psicanálise*, 34, p. 79-82.

Brito, A. M. W., & Dessen, M. A. (1999). Crianças surdas e suas famílias: Um panorama geral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), p. 429-445.

Bock, A. M. B., Gonçalves, M. G. M., & Furtado, O. (2007). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. 3. ed. São Paulo: Cortez.

Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Cavalcanti, A. K. S., Samczuk, M. L., & Bonfim, T. E. (2013). O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Psicólogo in Formação*, 17(17), p. 87-105.

Corrent, N. (2016). Da antiguidade a contemporaneidade: a deficiência e suas concepções. *Revista Científica Semana Acadêmica*, Fortaleza, 89.

Da Silva, L. M. (2006). O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 11(33), p. 424-561.

Dalgalarrondo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Diniz, D. (2012). *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense.

Diniz, D., Barbosa, L., & Santos, W. R. dos. (2009). Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur Revista Internacional de Direitos Humanos*, 6(11), p. 64-77.

Franco, V., & Apolónio, A. M. (2009). Desenvolvimento, resiliência e necessidades das famílias com crianças deficientes. *Revista Ciência Psicológica*, 8.

Freud, S. (1914). Introdução ao narcisismo. In: Freud, S. *Introdução ao narcisismo, Ensaios de metapsicologia e outros textos* [1914-1916]. (2010). Trad. P. C. Souza. São Paulo: Companhia das Letras. p. 12, 13-50.

Freud, S. (1917). Luto e Melancolia. In: Freud, S. *Introdução ao narcisismo, Ensaios de metapsicologia e outros textos* [1914-1916]. (2010). Trad. P. C. Souza. São Paulo: Companhia das Letras. p. 12, 170-194. (Obra original publicada em 1915).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2021). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Ciclos de Vida*. Rio de Janeiro: IBGE.

Keller, H. et al. (2003). Warmth and contingency and their relationship to maternal attitudes toward parenting. *The Journal of Genetic Psychology*, 164(3), p. 275-292.

Kobarg, A. P. R., Sachetti, V. A. R., & Vieira, M. L. (2006). Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. *Journal of Human Growth and Development*, 16(2), p. 96-102.

Lacan, J. (1999). *O seminário; livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 188-195. (Obra original publicada em 1957-1958).

Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lemes, L. C., & Barbosa, M. A. M. (2007). Comunicando à mãe e o nascimento do filho com deficiência. *Acta. Paul Enferm*, 20(4), p. 441-445.

Marco, V. D. (2020). *Capacitismo: o mito da capacidade*. Belo Horizonte: Letramento.

Organização das Nações Unidas – ONU. (2006). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Doc. A/61/611. New York.

Organização Mundial da Saúde – OMS. (1946). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Genebra, (2), 100.

Organização Mundial da Saúde – OMS. (2011). Relatório mundial sobre a deficiência. Genebra.

Santos, N. S. (2019). *As significações de uma pessoa com deficiência física sobre as barreiras atitudinais: um olhar a partir da psicologia sóciohistórica*. Trabalho de Conclusão de Curso em Pedagogia. Universidade Federal Rural de Pernambuco, Garanhuns.

Szefer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez ao nascimento*. Trad. Maria Nurymar Brandão Benetti. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tavares, R. C. (2016). O bebê imaginário: uma breve exploração do conceito. *Revista Brasileira de psicoterapia*, 18(1), p. 68-81.

Vendramin, C. (2019). Repensando mitos contemporâneos: o capacitismo. *Memória Experiência Invenção*, São Paulo, 1, p. 16-25.

Vendrusculo, L. E. B. (2014). *A descoberta da deficiência do filho: O luto e a elaboração dos pais*. Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí.

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1993). Preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. 4. ed. Trad. J. Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1956).

Winnicott, D. W. (2001). *A família e o desenvolvimento individual*. 2. ed. Trad. M. B. Cipolla. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1965).

Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. I. C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artmed.

CAPÍTULO 11

A localização da música entre a saúde, a cultura e o viver criativo

Ester Moreira Esquenazi

É que carrego o samba bem dentro do peito
Sem a cadência do samba não posso ficar
Não posso ficar, eu juro que não
Não posso ficar, eu tenho razão
Já fui batizado na roda de bamba
O samba é a corda, eu sou a caçamba
Os Originais do Samba

Atendo um rapaz há dois meses e sempre nos perguntamos: "É análise, não é análise, o que está acontecendo?". Ele gosta de música e de algum modo sabe que eu também gosto. Ele começa a sessão me perguntando de um jazzista de que gosta. Durante a sessão inteira conversamos sobre música. É psicanálise? Acredito que sim. Eu, analista, estou entusiasmado pelo que ele diz e conversamos sobre algo que representa um diálogo real entre duas pessoas interessadas em algo comum. Quando se estabelece uma ligação assim, a transferência não está no analista ou no paciente, está entre os dois, está na relação e escapa a um e a outro.
(Naffah Neto & Gerber, 2007, p. 11)

Buscando compreender a noção de saúde a qual iremos nos referir, recorreremos a Winnicott (1967/1999). Em termos de desenvolvimento, o autor destaca a necessidade de um suprimento ambiental

satisfatório, isto é, um ambiente capaz de adaptar-se às necessidades do bebê de modo a facilitar suas tendências individuais herdadas. Esse ambiente costuma ser caracterizado pela mãe ou função materna, devido ao estado de *preocupação materna primária*[1] (Winnicott, 1956/2000) em que ela se encontra. Para o autor, quando a mãe provê esse cuidado, ela fornece ao bebê uma espécie de continuidade de ser. Vale destacar que, nesse momento da vida, a mãe e o bebê encontram-se numa unidade dual, uma vez que o bebê ainda não a percebe como um outro – ela é o ambiente total.

É num momento posterior, quando a mãe já não mais representa o ambiente por completo – mas ainda faz parte dele –, que se abrem os caminhos para pensar sobre a transicionalidade. Winnicott (1951/2019), ao observar certos padrões dos bebês como chupar o dedo, apegar-se a um brinquedo específico ou lençóis e fronhas, correlaciona esses atos com as ansiedades sentidas pelo bebê pelo início da separação da figura materna (Mello Filho, 2001). Esses objetos e fenômenos, designados por Winnicott como transicionais, são utilizados pela criança para substituir a figura materna que já não mais representa a totalidade do ambiente e precisa, de algum modo, ocupar outro espaço que não o ambiente por completo, individualizando-se.

A ideia de transicionalidade é evocada por Winnicott (1951/2019) considerando que esses fenômenos se localizam numa espécie de área intermediária, uma vez que os objetos não fazem parte do corpo do bebê, mas ainda não são reconhecidos enquanto partes de uma realidade totalmente externa. Para ele, essa seria uma "terceira área do ser humano", algo sobre a experimentação, entre o interno e o externo; o objetivo e o subjetivo; o fato e a fantasia;

1 Condição muito específica caracterizada por Winnicott enquanto um estado de sensibilidade exacerbada materna que perdura desde o final da gravidez até as primeiras semanas do bebê. A partir disso, a mãe fornece um contexto para as tendências do bebê ao desenvolvimento se manifestarem, oferecendo um *setting* que leva à formação progressiva do ego do bebê.

a mãe e o bebê. Conforme o bebê cresce, os objetos transicionais podem ser substituídos por fenômenos mais abstratos, como canções de ninar ou ritmos corporais, localizados entre o indivíduo e a cultura (Mello Filho, 2001). O autor destaca que, na vida adulta, essa área se expande e passa a conter toda a riqueza da vida criativa e cultural, como os *hobbies*, a religião, a arte, o trabalho, o lazer, as experiências (Mello Filho, 2001).

No presente capítulo, abordaremos esse espaço potencial destacado por Winnicott estendido à vida adulta. Contudo, dentre suas múltiplas possibilidades e formas, direcionaremos nosso foco a uma expressão cultural específica: a música. Pretenderemos compreender o porquê de ela ser a arte menos estudada pela psicanálise (Lopes, 2006), buscando lançar luz sobre sua localização na experiência cultural e seu caráter tanto de objeto transicional (Winnicott, 1951/2019), quanto de objeto transformacional (Bollas, 1987/2015).

Transicionalidade e saúde

Bollas (1987/2015) aponta o uso de um objeto transicional como primeiro ato criativo do bebê. A partir dessa primeira posse "não eu" (Winnicott, 1951/2019), inaugura-se um novo caminho para conceber a noção de saúde atrelada à de criatividade, localizando a experiência cultural. Sobre isso, ao escrever sobre o indivíduo saudável, Winnicott (1967/1999) nos apresenta "três vidas que as pessoas saudáveis experienciam". São elas: 1) a vida no mundo, isto é, a morada das relações interpessoais; 2) a vida da realidade psíquica pessoal ou interna, que inclui os sonhos; e 3) a vida na área da experiência cultural. No presente capítulo, focaremos nessa terceira vida – que não se situa na realidade psíquica interna, uma vez que não é um sonho, e nem diz respeito às relações interpessoais, pois é dominada pelo sonho (Winnicott, 1967/1999). Ela consiste em uma área intermediária, em

um espaço potencial. Winnicott ainda a caracteriza enquanto "a parte que os animais não desenvolveram", e destaca-a não apenas como atividade lúdica, mas também na forma de cultura acumulada. O autor a define, então, enquanto um subproduto da saúde.

Rodrigues e Peixoto Junior (2017) destacam como relativa à noção de saúde winnicottiana a importância do sentimento de continuidade do ser. Ele se refere a uma experiência adquirida a partir de um ambiente adaptado ao bebê, sem intrusões, agindo de modo a propulsar o desenvolvimento. Segundo os autores, o bebê pode experienciar a sensação de continuidade de ser quando o ambiente se adapta às suas necessidades e acolhe seus gestos espontâneos. Esses gestos espontâneos, quando acolhidos e endereçados às relações interpessoais, expressam o verdadeiro *self*. Os autores completam enfatizando que a sensação de se sentir real está intimamente relacionada à experiência de poder ser si mesmo e ser acolhido nessas condições, isso é, a garantia da possibilidade de inserir-se no mundo de modo espontâneo e criativo (Rodrigues & Peixoto Junior, 2017).

Essa é a noção de saúde que nos interessa neste trabalho – uma noção que vai além da ausência de doença, que engloba os modos de viver dos relacionamentos externos, da realidade psíquica interna e da experiência cultural. Uma saúde cuja concepção é integrada e não normativa, podendo ser projetada sobre dimensões psíquicas e somáticas (Figueiredo, 2014). Uma saúde que, definitivamente, não é fácil, como disse Winnicott (1967/1999). O autor aponta que a vida de um indivíduo saudável se caracteriza tanto por sentimentos conflitivos e frustrações tanto quanto por aspectos positivos. Ele destaca como principal o fato de o sujeito sentir que está vivendo sua própria vida, de modo a assumir os aplausos pelo sucesso e as censuras pelas falhas (Winnicott, 1967/1999). Em suma, pode-se afirmar que a saúde depende da sensação de que a vida vale a pena ser vivida – sensação essa possibilitada a partir da relação entre a

criatividade e a continuidade do ser (Rodrigues & Peixoto Junior, 2017), garantindo a capacidade de transitar num espaço potencial.

Objetos transicionais e transformacionais

Lançando luz sobre a "terceira vida" do espaço potencial, é possível conceber esse campo, tais quais as realidades interna e externa, como um mundo dos cuidados. Cuidados esses proporcionados por objetos transformacionais mais elaborados, tais como as artes plásticas, a música e a literatura (Figueiredo, 2014). Segundo o autor, esses objetos são capazes de oferecer moradas coletivas aos humanos, ativando os objetos internos dos indivíduos ao operar em seus espaços potenciais.

Contudo, ao relacionar os objetos transicionais aos objetos da cultura, destaca-se a problemática da dimensão intersubjetiva. Se, para o bebê, o objeto transicional possui um valor simbólico a ser preservado e respeitado, no mundo adulto o mesmo objeto costuma perder esse componente afetivo, restando como destinos usuais o esquecimento ou o abandono (Figueiredo, 2014). O autor sinaliza que, no que se refere à cultura, por exemplo, dificilmente é possível conceber os objetos transicionais enquanto algo que perdura e que admite o caráter de uma herança, de uma transmissão compartilhada, como são os objetos culturais. Desse modo, considerar as obras da cultura como simples extensões dos objetos transicionais parece não ser o percurso mais apropriado. É nesse sentido que Figueiredo lança mão do conceito de objeto transformacional, de Christopher Bollas (1987/2015).

Bollas (1987/2015) aponta que, num momento inicial da vida, a mãe é vivenciada pelo bebê como um processo de transformação, uma vez que modifica constantemente o ambiente para suprir as necessidades da criança – "na realidade ela transforma o mundo dele"

(p. 50). Para ilustrar a mãe enquanto primeiro objeto transformacional, o autor recorre à Edith Jacobson (1965):

> Quando uma mãe vira o bebê de bruços, o carrega do berço, troca-o, senta-o em seu colo, o embala, o acaricia, o beija, o alimenta, sorri, fala e canta para ele, oferece a ele não apenas todo tipo de gratificação libidinal, mas, ao mesmo tempo, estimula e prepara o sentar, o ficar em pé, o engatinhar, o andar, o falar e assim por diante, isto é, o desenvolvimento da atividade do ego funcional. (Edith Jacobsen, 1965, p. 37, como citado por Bollas, 1987/2015, p. 49)

Nesse sentido, Figueiredo (2014) chama atenção para os objetos transformacionais exercendo as funções básicas de cuidado, mas também comprometidos com uma série de outras atividades, incluindo os processos de saúde e os processos culturais e civilizatórios. Se num primeiro momento os objetos transicionais e transformacionais parecem se confundir, uma vez que se referem aos cuidados básicos, a diferença entre os conceitos se manifesta de modo evidente ao destacar certas dimensões dos objetos transformacionais que os transicionais não possuem. São elas: uma natureza social e coletiva, além de uma dimensão de permanência tendo em vista a possibilidade de preservação e acumulação. Torna-se possível, então, partir desse universo de primeiros cuidados com o bebê para pensar na busca pelo objeto transformacional na vida adulta. Bollas (1987/2015) afirma que, na vida adulta, a busca pelo objeto transformacional consiste na lembrança de uma experiência objetal precoce para recordar uma relação identificada com experiências transformacionais do *self*. Essa lembrança não se daria de modo cognitivo, mas sim existencial, a partir de experiências afetivas intensas.

O autor ressalta que a intensidade da relação objetal não se dá pelo fato de o objeto ser desejado, mas sim pela identificação que ele possui com essas experiências transformacionais. Figueiredo (2014) sublinha uma espécie de relação transferencial para com

os objetos transformacionais, tomando por referência uma obra de arte. Segundo o autor, nesse tipo de relação, transferirmo-nos para a obra, trazendo para ela nossos afetos, memórias, desejos e elementos psíquicos. Trata-se de uma espécie de entrega de si para o objeto, permitindo que ele atue com seu caráter transformacional, possibilitando então a metamorfose e movimento da subjetividade. O autor ainda sinaliza a importância dessas experiências no enfrentamento de ansiedades paranoides e depressivas.

Desse modo, os objetos transformacionais admitem certo caráter cultural, uma vez que perduram e possuem natureza coletiva, mas convocam experiências singulares. Sob essa ótica individual, eles atuam como interpretações do mundo e de si, garantindo sentido às experiências. Em suma, completa o autor, "são matrizes interpretativas do mundo que transformam os sujeitos e seus objetos", funcionando como dispositivos para experimentar e para experimentar diferente (Figueiredo, 2014, p. 82).

Música como objeto transformacional

Retornando à questão da arte, Bollas (1987/2015) destaca que a atuação criativa da busca pela relação de objeto transformacional pode ser permitida pelo espaço estético. Isto é, reside nas artes certa propulsão às tais metamorfoses do *self* experienciadas por meio dos objetos transformacionais. Nesse capítulo, pretende-se lançar certa luz especificamente à música em detrimento das demais formas de expressão artística. Isso se deve especialmente a três motivos. O primeiro deles é a motivação pessoal de quem escreve, uma vez que a música sempre representou, para mim, a mais visceral das relações, o mais sublime dos objetos, a mais vital das minhas experiências. O segundo é uma certa aposta no potencial dessa forma de arte, acreditando que estudá-la com minúcia e atenção pode gerar bons frutos.

O último motivo refere-se a uma espécie de lacuna na teoria. Lopes (2006) aponta que, apesar da influência exercida pela psicanálise na compreensão das demais artes, a música sempre recebeu pouca atenção da comunidade psicanalítica. Na busca pela razão dessa subestimação, Czermak (2016) remonta-se a Freud – o pai da psicanálise possuía certa aversão pela música:

> Mas as obras de arte produzem um forte efeito sobre mim, em especial as obras literárias e as esculturas, mais raramente as pinturas. Isso fez com que eu me detivesse longamente diante delas em determinadas ocasiões, a fim de compreendê-las a meu modo, isto é, de explicar para mim mesmo como obtêm seu efeito. Quando não sou capaz de fazer isso – na música, por exemplo –, quase não consigo ter prazer. Uma inclinação racionalista ou talvez analítica se opõe, em mim, a que eu seja comovido por algo e não saiba por que o sou e o que me comove. (Freud, 1914/2012, p. 374, como citado por Czermak, 2016, p. 15)

Segundo Kaufmann (1996), Freud possuía uma espécie de incapacidade para usufruir da música devido a uma impossibilidade de compreender seu efeito. O autor recorre a Reik para concluir que o motivo das poucas referências de Freud à música era justamente proteger-se veementemente da emoção gerada pela música, uma vez que não compreendia o que a causava. Kaufmann traz ainda outra explicação, retomada por J. e A. Cain, que aposta no tipo de realidade própria da música – segundo eles, essa realidade específica seria excessivamente própria do inconsciente, contribuindo para, de modo paradoxal, Freud não se dedicar ao estudo do tema.

Além da hipótese da insensibilidade freudiana, haveria mais uma: uma natureza específica "rebelde à interpretação psicanalítica", diferentemente de outras expressões artísticas (Kaufmann, 1996). Buscando investigar certo pensamento filosófico a respeito da música, Czermak (2016) evoca os primórdios das civilizações, afirmando que a presença da música é um sinal de humanidade e vice-versa.

Nesse sentido, a autora indaga a razão das mais variadas culturas e dos mais distintos povos possuírem certa necessidade de música, de modo que essa expressão artística perdura com toda sua potencialidade até os dias de hoje em contextos diversos. Partindo dessa reflexão, Czermak recorre a Attali, que compreendia a experiência musical como certa "possibilidade de viver junto e transformar as violências em ordem, o barulho em arte", isto é, uma espécie de proteção, de agente transformador, de objeto transformacional.

Czermak (2016) ainda cita Wolff, que elucidava a relação entre música e humanidade a partir da metáfora da caverna de Platão (2017). Na alegoria, os prisioneiros da caverna vivem nas trevas, enxergando apenas as sombras das coisas e tomando-as por realidade, uma vez que são tudo que veem. Ao serem libertos da caverna, os prisioneiros passam então a enxergar os reflexos das sombras, de modo que a imagem antes estática ganha formato e cor, para em seguida enxergarem os próprios objetos, dotados de massa e volume. Portanto, a música pode exercer um efeito similar ao libertar o indivíduo de um mundo de sons confusos e caóticos, tornando possível o ingresso na experiência da significação (Czermak, 2016). Desse modo, seria ela uma das responsáveis por uma outra atribuição de sentido às coisas – como compôs Paulinho da Viola (2022), elas estão no mundo, só que precisamos aprender.

Sobre a experiência musical, destaca-se também o caráter de movimento que sempre a atravessa. A capacidade de auxiliar em uma elaboração, apresentar novas disposições temporais (Lopes, 2006), seu poder catártico. Parece que nela contém certa capacidade de transformação que quando, por alguma razão, é evocada, cria uma realidade que até então não existia. Nesse sentido, retornaremos à noção de objeto transformacional de Bollas (1987/2015) – segundo o autor, na vida adulta, a busca não se dá pela posse do objeto, mas pela possibilidade que ele possui de ser um meio que modifica o *self*.

De acordo com Figueiredo (2014), é para o objeto que são canalizados os impulsos, anseios e memórias, e é nele que o sujeito deixa-se transformar. Do mesmo modo que a mãe, enquanto primeiro objeto transformacional, transforma o mundo do bebê, por que não conceber que a música, ao ocupar o lugar de um objeto transformacional na vida adulta, seja capaz de transformar o mundo do sujeito que possui uma relação visceral com ela?

As Canções: representação documental da música na vida dos indivíduos

Para ilustrar o papel que a música pode exercer na vida dos sujeitos, utilizaremos como recurso o documentário As Canções (2011), de Eduardo Coutinho. O filme foi construído a partir de um anúncio no jornal e da distribuição de panfletos nas ruas com a seguinte pergunta: "Qual é a música da sua vida?". A partir desse disparador, dezenas de indivíduos foram até o estúdio para uma conversa com o diretor, na qual contaram suas histórias com as músicas – canções que, ao carregar memórias e afetos, protagonizam vivências e enunciam sentimentos íntimos. Dentre as histórias:

> Temos a mulher que confessa, após mais de 20 anos de relacionamento, acreditar que nunca foi amada de verdade; o marido que confessa arrependimento pelo modo como sempre tratou a esposa e que na velhice espera estar compensando o atraso; o ex-ladrão religioso que percebeu o erro de ter trocado de namorada e foi atrás da anterior, reconquistando-a; a mulher que, quando jovem, foi expulsa de casa pelos pais, carregando consigo dois filhos pequenos, e que hoje conseguiu se estabelecer profissionalmente; a viúva que durante décadas de casamento cantava diariamente para o marido, e vice-versa; ou a apaixonada que chegou a ameaçar de morte o amante, homem esse que ela divide com a esposa dele e com mais inúmeras outras. Dentre tantos relatos, talvez o mais individual seja o do jovem que

> lamenta a ausência do pai, falecido há alguns anos, e a saudade que sente dos poucos momentos que dividiam juntos. (Milani, n.d.)[2]

Gonçalves (2012) destaca que o filme evoca a máxima "recordar é viver", mas não necessariamente por falar das canções e das histórias antigas – isso se dá pela intensidade com a qual elas são guardadas na lembrança das pessoas, tornando-se matéria para o filme. Segundo o autor, o documentário realiza a operação de ativar fragmentos do mundo e da experiência do outro, fazendo com que se tornem obras de arte. Nesse sentido, torna-se pertinente evocar Bollas (1987/2015), que afirmava que, na vida adulta, o objeto transformacional era buscado como um significador da transformação. Isto é, a busca não é pelo objeto em si, mas pela modificação no *self* causada por ele. Desse modo, as canções, apesar de levarem o título do documentário, não são as protagonistas do filme – elas se fazem relevantes pelo papel que exercem, pela emoção que despertam, pela criatividade que evocam. São recursos empregados por Coutinho que garantem com que as cenas sejam únicas, apesar de ter o mesmo tema central (Gonçalves, 2012).

Sobre o papel da música, Levi (2016) remonta à infância enquanto iniciadora das vivências musicais, desde as canções de ninar, como o princípio da formação do gosto pessoal e agente que contorna a capacidade de fruição estética. Winnicott (1951/2019), ao afirmar que o balbucio de um bebê ou as canções entoadas por uma criança antes de dormir incidem na área intermediária, já destacava esse mesmo caráter referido aos fenômenos transicionais. Abe et al. (2021) apontam justamente que esses fenômenos transicionais irão abrigar a experiência cultural do indivíduo futuramente, na busca por representações deste na vida adulta. Levi (2016) ilustra essa noção ao afirmar que, posteriormente, a música passa a ocupar outros

2 Milani, R. (n.d.). *As Canções*. Papo de Cinema. https://www.papodecinema.com.br/filmes/as-cancoes/.

lugares – os colegas, o colégio, o ofício, os ambientes e os produtos culturais –, desdobrando-se em outras camadas semânticas. Identificamos nessas camadas a presença do viver criativo e da transicionalidade, ao compreender a música enquanto fenômeno estético que pode exercer um papel na constituição do *self*.

Desse modo, parece possível assistir ao filme de Coutinho com a noção winnicottiana de saúde em mente. Os sujeitos que se disponibilizaram a participar do documentário contando suas histórias possuem, em suas relações com as canções citadas, algo da ordem da transicionalidade. Ao compartilharem seus relatos pessoais revelam não apenas um momento que viveram, mas algo muito próprio de suas constituições que os fazem serem quem são. Por meio das mais variadas histórias que cada um possui com a música, destaca-se como unânime algo de autêntico e visceral que vem à tona atravessado pela experiência cultural, transformando as subjetividades dos sujeitos sob a forma de canção.

A música e a clínica psicanalítica

Pensando sobre a música a partir de um prisma psicanalítico, notoriamente percebe-se algo comum entre os dois campos – a palavra. Lopes (2006) afirma que, se dependesse só da música, não viveríamos em um mundo clivado entre palavra e música, não haveria um sujeito sempre barrado. Nessa perspectiva, Naffah Neto (2004) busca investigar a escuta musical como um paradigma possível para a escuta psicanalítica. O autor aponta, então, duas similaridades da música com o universo psicanalítico: a exclusão da representação visual, quando há o uso técnico do divã; e a utilização do som – tanto da música quanto da voz – como matéria sutil, dotada da capacidade de materializar questões de ordem subjetiva. Portanto, aposta-se num potencial vigente tanto na expressão musical quanto na sessão

analítica de "oferecer representação sonora aos elementos da alma". Naffah Neto (2004) ainda destaca um potencial da escuta musical de afinar e sensibilizar o ouvido do analista para as tais "melodias da alma", partindo do pressuposto de uma natureza própria da música de ampliar a percepção de quem a escuta.

As analogias entre a música e a psicanálise não param por aí. Ogden (1996/2013) lembra que Debussy acreditava que a música nada mais era que o espaço entre as notas. Nesse sentido, traça um paralelo com a psicanálise, compreendendo que entre as notas das palavras ditas ao longo do diálogo analítico, estão as *reveries* do analista e do analisando. Segundo o autor, a música da psicanálise localiza-se justamente nesse espaço ocupado pelo interjogo de *reveries* (Ogden, 1996/2013).

A partir dessa comparação, Ogden (1996/2013) introduz um conceito central de sua teoria: o terceiro analítico intersubjetivo. Para o autor, além do analista e do analisando, existe no processo psicanalítico um terceiro analítico construído intersubjetivamente por ambos na sessão de análise. Ogden (1996/2013) define o terceiro analítico enquanto um "conjunto de experiências intersubjetivas conscientes e inconscientes, construído e vivenciado conjuntamente, mas de modo assimétrico, em que participam analista e analisando" (p. 105).

Naffah Neto e Gerber (2007) retomam certa aproximação entre o terceiro analítico e a música ao afirmarem que ouvir com o terceiro ouvido é ouvir com um ouvido musical que não se pauta na consciência, mas sim numa escuta bruta, pouco lapidada, aberta à sonoridade. Analogamente, o terceiro analítico de Ogden trilha um caminho similar ao privilegiar um fluxo inconsciente de pensamentos em detrimento de uma razão consciente e moral. É nesse sentido que a escuta musical e a escuta psicanalítica muito se assemelham – ambas englobam certo desligamento de si, certa baixa da censura,

em prol de algo mais nobre – seja a sonoridade de uma canção ou o que se passa numa sessão de análise.

Outro aspecto a ser explorado capaz de aproximar a música e a psicanálise é a questão do silêncio. Sobre o som, Czermak (2016) destaca que ele precisa oscilar entre presença e ausência – "não há som sem silêncio e é preciso silêncio para ouvir o som". Parece possível pensar na questão do silêncio também no *setting* analítico. Ogden (1996/2013), ao versar sobre a comunicação e a privacidade na análise, enfatiza a importância de reconhecer e de interpretar comunicações transferenciais que o paciente pode fazer através do silêncio, bem como sua necessidade de privacidade. Green (2004) destaca, ainda, a dimensão do silêncio por parte do analista: "ora, é somente o silêncio propício à elaboração que revela as máscaras do discurso" (p. 35). Em suma, a presença do silêncio na análise, tal qual na música, configura-se extremamente relevante na experiência da escuta do som, independente de qual seja sua natureza.

Arte, criatividade e o caráter transformacional

Bollas (1987/2015) fala de uma fusão misteriosa do sujeito com o objeto, evocando um estado do ego prevalente no primórdio da vida psíquica. Esse objeto, além de meramente expressar o *self*, o reforma (Bollas, 2010). Essa ideia de um componente enigmático e desconhecido pode ser comumente percebida em processos artísticos, como o caso de Allende citado por Bollas (2010). A escritora narra que, quando escreve sua primeira frase, com frequência ainda não sabe sobre o que irá escrever, pois trata-se de algo escondido num lugar sombrio e secreto que, apesar de ser sentido por ela, não possui forma, voz ou nome. Nesse sentido, pode-se pensar no caráter íntimo e visceral da motivação artística. Algo que não se sabe

bem referenciar ou caracterizar, mas se sabe sentir. Uma motivação quase desconhecida, não fosse pelo aspecto afetivo.

Uma ideia similar é transmitida por Clarice Lispector. Ao lhe perguntarem o motivo de ela escrever, a resposta foi "por que você bebe água?" (Castello, 2011), revelando essa coisa misteriosa e visceral que existe por trás de suas motivações. Na mesma linha, Vilete (2016) apresenta um trecho de poesia de Fernando Pessoa (1983, p. 17):

> Não sou eu quem descrevo. Eu sou a tela
> E oculta mão colora alguém em mim.
> Pus a alma no nexo de perdê-la
> E o meu princípio floresceu em Fim.

Bollas (2010) parafraseia Winnicott (1969/2019) partindo do dizer que, se a criança está para entrar numa relação com o verdadeiro *self*, ela precisa ser livre para inventar a mãe e o *self*. O autor transforma esse pressuposto num parâmetro para a análise, pensando que para um paciente se relacionar intimamente com seu processo analítico, ele precisa ser livre para inventar – e destruir – o analista na transferência. E, por fim, pintores, escritores, e especificamente compositores, que precisam destruir as figuras sobre as quais compõem – ao mesmo tempo em que precisam confiar nelas. "Enterrei Deus no quintal, no jardim/ Matei minha mãe, o meu pai/ Me perdoei, seguimos todos vivos" (Bernardes, 2022).

Essa espécie de transformação, comum e de suma importância tanto para as artes quanto para a psicanálise, nos parece essencial para conceber a criatividade. Esse movimento de ir e vir, de articular e associar, de alterar e criar algo novo, de se apropriar das "coisas do mundo", de organizar as experiências, de garantir sentido, parece constituir uma parte importante da subjetividade humana. Pensemos sobre isso tomando por referência a criatividade para Winnicott

(1971/2019a). O autor apontou que, sobretudo, é a apreciação criativa que faz o indivíduo sentir que vale a pena viver, admitindo que a vida criativa e a própria vida estão intimamente conectadas.

Para compreendermos a criatividade tal qual concebida por Winnicott, será necessário retomar a noção de transicionalidade anteriormente descrita, haja vista que o espaço transicional é a matriz da experiência cultural (Birman, 2008). O autor aponta que, tomando por base a teoria winnicottiana, é possível conceber que, se os primórdios psíquicos do bebê se desenrolam de maneira efetiva – isto é, com uma função materna capaz de devotar-se à criança e compor seu ambiente, garantindo-lhe o desenvolvimento de uma condição de ser e de existir –, ele experimenta a sensação de continuidade de ser e a manifestação de um *self* verdadeiro. De acordo com Birman (2008), é a partir daí que se pode afirmar a vivacidade do sujeito, evidenciada na criança pela capacidade de sonhar e brincar – elementos da ordem da transicionalidade e representantes de uma criatividade psíquica.

Saúde, arte e o viver criativo

Ciccone (2013) faz uma leitura do que Winnicott chama de sanidade como a capacidade para o viver criativo, isto é, algo que provém do sentimento de estar vivo, vivendo uma vida que vale a pena, na qual se sente real. Ora, essa definição parece familiar. De certo modo, ela se confunde com o conceito de saúde para Winnicott (1967/1999), que vimos no início deste capítulo. Retomando-o, ele aponta como características de uma vida saudável justamente a sensação de estar vivendo a própria vida, assumindo a responsabilidade e os méritos por suas ações. A partir daí, Ciccone (2013) discorre sobre a tarefa de manter contato com a realidade externa, destacando-a como uma aquisição complexa e fundamental no desenvolvimento

emocional. A autora aponta que, comumente, tanto as crianças quanto os artistas costumam ter certa facilidade nesse processo de tornar a realidade interna e a externa tanto unidas quanto separadas.

Vale ressaltar que, ao falar sobre o viver criativo, Winnicott (1971/2019b) não se refere a nenhum talento ou aptidão específica. É notável que, usualmente, artistas podem possuir relações mais viscerais com a realidade intrapsíquica e conhecerem de modo mais íntimo uma zona de transicionalidade. Contudo, viver criativamente, para o autor, diz respeito à sensação de sentir-se vivo fazendo o que se faz, independente do que seja – o que importa é uma expressão autêntica do verdadeiro *self*.

Para tornar ainda mais evidente a relação entre a saúde e o viver criativo, Winnicott (1967/1999) retorna à criança e aos fenômenos transicionais. Ele afirma que, se há saúde, não há uma separação entre a mãe e a criança, pois na área de espaço-tempo entre os dois existe a criatividade – com o que estiver disponível. "Pode ser um pedaço de madeira, ou um dos últimos quartetos de Beethoven!" (p. 20). É nesse sentido que pouco importa o objeto em si, mas sim o uso criativo e espontâneo que é feito dele (Czermak, 2016). A autora destaca que é pela e para a criatividade que um sujeito caminha com saúde – a compreensão é justamente da saúde e da criatividade enquanto dois componentes de um esquema indissociável, numa relação de mutualidade na qual um não existe em si sem o outro.

Desse modo, parece fazer algum sentido pensar na promoção de saúde como, consequentemente, uma promoção de criatividade. Em termos winnicottianos, não é possível pensar em promover saúde sem, de algum modo, visar o propósito mais pretensioso de "intensificar a vida interna e avivar a centelha de criatividade" do indivíduo, como aponta Vilete (2016, p. 23-24). A autora traduz essa ideia tomando por referência o fazer clínico:

> Quando o paciente vai às sessões atraído, sobretudo, por se descobrir e se expressar, se ele vê seus sintomas, embora penosos, como um código secreto que o instiga e pretende traduzir, se é capaz de sonhar e, ao sonhar, se assombrar com seus sonhos, se pode se encantar com o riso e o brinquedo das crianças, se aprecia a poesia e a natureza, o analista poderá, então, supor que sua obra esteja concluída.

Em suma, essa é a ideia central defendida ao longo deste capítulo – uma noção de saúde que se confunde com um viver criativo, que perpassa o amadurecimento e uma vida psíquica enriquecida. Ela não se contenta com a ausência de doenças – defende, inclusive, a possibilidade de adoecer como parte da vida (Rodrigues & Peixoto Junior, 2014). Os autores ainda apontam outro indicativo de saúde importante para Winnicott – a capacidade de uma identificação com a sociedade que não exclui o verdadeiro *self*.

Nesse sentido, retomemos à cultura. Outeiral (2010) destaca, dentre as inúmeras características da transicionalidade, uma abertura de espaço para a psicanálise reavaliar o papel da cultura como algo construtivo na experiência humana – isto é, um elemento positivo relacionado à criatividade, desvinculando a ideia da cultura como algo apenas relacionado aos mecanismos repressivos. A noção de cultura, quando evocada por Winnicott (1967/2019), aparece de modo geral e abrangente. O autor relata utilizar o termo "experiência cultural" como uma extensão dos fenômenos transicionais, mas admite não ter certeza de sua capacidade de definir o que seria a cultura. Ele afirma que, ao escolher essa palavra, refere-se às tradições herdadas, a algo que é comum à humanidade e que pode ser construído e transformado por todos. Fato é que sua concepção de cultura, tomando por base a transicionalidade e o viver criativo, engloba certa expansão da realidade e atribuição de sentido a si e ao mundo em que se vive (Outeiral, 2010).

Braga (2012) ressalta que a compreensão de Winnicott acerca da cultura refere-se sempre à experiência na cultura, isto é, o uso criativo que se faz dela. Godoy (2007) aponta a possibilidade da vivência de experiências transicionais como garantia do enriquecimento do indivíduo, assegurando seu vínculo com o passado e o vislumbre de construção de um futuro. Nesse sentido, questiona se não são essas as condições da saúde psíquica.

Música: entre as concepções de criatividade, cultura e saúde

Uma vez feita a articulação entre criatividade, cultura e saúde, retornaremos à música para compreender onde ela se localiza nesse espaço. Para isso, reiteraremos o que Winnicott (1967/2019) propôs ao definir a cultura: algo a que todos podemos recorrer desde que tenhamos um lugar onde colocar o que encontrarmos. Vejamos se essa proposição não se assemelha a algo próprio da música.

Segundo Lopes (2006), a linguagem musical pode fazer com que o sujeito sinta-se em casa sem estranheza, não reforçando uma espécie de cisão do indivíduo. Ora, a música indiscutivelmente possui essa qualidade, bem como a cultura. Ela serve de morada para alguma sensação familiar, como quem abriga algo de visceral que não necessariamente se conhece, mas se sente. Existe algo nessa sensação difícil de traduzir, mas que me parece perfeitamente explicável quando escuto o clarinete de Roberto Guima em "Pano pra Manga" (Macalé, 1983) ou quando sinto a garganta de Elza Soares tremer.

Sobre a espécie de dificuldade em discutir a música, Czermak (2016) aponta uma materialidade pouco tangível, bem como certo caráter inapreensível que torna o som enigmático. Existe, de fato, algo que não se alcança, que parece pertencer à outra ordem. Parece fazer sentido, então, a definição de Schopenhauer (n.d.) da música enquanto um paraíso familiar e inacessível. Segundo o autor, existe

na música alguma coisa de inefável e de íntimo, o que compõe essa ideia paradoxal de algo ao mesmo tempo inteligível e inexplicável.

Tal como os objetos transicionais, existe algo na música que não se dá numa vida totalmente interna, uma vez que está no mundo, mas também não cabe totalmente na realidade externa, já que evoca elementos muito íntimos. Pertence, então, à área intermediária, ao espaço potencial, à ordem da transicionalidade, da criatividade, da brincadeira.

Quando Lopes (2006) escreve sobre esse estado de "sentir-se em casa", faz-se inevitável retornar à questão dos objetos transformacionais. Bollas (1987/2015) falava justamente das experiências transformacionais na vida adulta como uma lembrança de uma experiência objetal precoce. O autor relembra a mãe enquanto primeiro objeto transformacional, destacando que a experiência vivida nesses primórdios, de ser transformado pelo outro, permanece como uma memória. Desse modo, parece fazer algum sentido pensar nessa sensação de morada proporcionada por meio da música como uma espécie de retorno às experiências egoicas iniciais.

Ainda sobre esse certo desajustamento e mistério, Kaufmann (1996) destaca que desencadeia no psicanalista uma interrogação sobre o que escapa à composição musical. Isto é, algo que não se reduz à mera expressão da representação, ultrapassando a intenção do compositor (Kaufmann, 1996). É nesse sentido que preferimos a aproximação com os objetos transformacionais – o objeto não como algo que se busca, que se reproduz, mas pelo qual vive-se uma fusão que possibilita transformação. Existe, nessa busca, algo de incessante e inesgotável.

Gurfinkel (2015) sinaliza que, apesar de os objetos transformacionais evocarem memórias antigas de algum modo armazenadas, a esperança por reencontrá-las é lançada ao futuro, sob o caráter de busca. De acordo com o autor, além dos momentos de reencontro com o objeto perdido a partir das experiências estéticas e

suas ressonâncias, também está em pauta a esperança de viver uma nova transformação significativa. Nesse sentido, a busca constante por experiências estéticas – como idas a shows, museus ou cinemas – teria como motivo justamente uma expectativa do sujeito em ser transformado por esse encontro. Portanto, os objetos transformacionais seriam simultaneamente agentes e detentores do poder transformador. Apesar de a mudança ocorrer no sujeito, ela não aconteceria sem um objeto capaz de despertá-la – assim como a transformação depende do objeto, a música depende do sujeito.

Segundo Czermak (2016), é no ato da comunicação propiciada pela música que o indivíduo participa de uma recriação do mundo. Desse modo, a autora aponta o valor da troca possibilitada pela experiência musical e seu caráter transicional, em que se "exprime infinitamente o inexprimível sem, no entanto, nada pretender exprimir" (p. 71).

***

Essa foi nossa aposta de que uma interlocução entre a música, a criatividade e a cultura tem muito a contribuir para a promoção de saúde. Consideramos que o modo pelo qual Winnicott (1967/1999) compreende o indivíduo saudável é de suma importância para a construção de uma saúde integrada, indissociável da noção de cuidado, tal como proposto por Figueiredo (2014). Partindo desse mundo dos cuidados, tornou-se possível destacar a relação entre a saúde e a experiência cultural, atribuindo certa ênfase aos objetos transformacionais derivados compartilhados socialmente nas formações da cultura (Figueiredo, 2014) – em nosso caso, a experiência estética da música em particular. Buscamos investigar o que já foi estudado sobre ela em termos psicanalíticos, esbarrando em certas lacunas quando comparadas às demais artes. Pudemos, então, compreender certos aspectos

próprios da natureza da expressão musical e elucidá-los sob as óticas da transicionalidade e dos objetos transformacionais.

Em suma, percebemos que a articulação proposta não parece se dar de forma causal, mas sim retroativa, de modo que durante o capítulo fomos e voltamos inúmeras vezes – a música como parte da criatividade, a criatividade como subproduto da saúde, a saúde como expressão da experiência cultural, e outros tantos diálogos que propomos ou poderíamos propor. Nesse sentido, não há pretensão de categorizar metodicamente essas interlocuções, acreditando que provavelmente esbarraríamos na antiga questão de o que veio primeiro. Preferimos pensar nesses conceitos como articulados e interdependentes, compreendendo que a música se localiza como uma expressão de um objeto transformacional derivado pertencente ao mundo da experiência cultural – compreendida por Winnicott como uma área experienciada pelas pessoas saudáveis.

Winnicott (1967/1999) afirma que algumas experiências na área cultural são o bônus mais fundamental propiciado pela saúde. Seja por meio da fruição, da produção ou da contemplação, esperamos que a experiência cultural se faça cada vez mais presente na vida dos sujeitos, apostando no potencial de evocação de estados iniciais do ego para ativar a sensação de sentir-se vivendo sua própria vida, identificado com o verdadeiro *self*.

Referências

Abe, D. S., Inácio, A. L. M., Sei, M. B., & Almeida, E. S. (2021). Psicanálise e música: contribuições do acalanto ao viver criativo. *Diaphora*, 10(1), p. 47-54.

Bernardes, T. (2022). Fases [Gravada por T. Bernardes]. In: *Mil coisas invisíveis*. São Paulo: Coala Records. Durham: NC, Psychic Hotline

Birman, J. (2008). Criatividade e sublimação em psicanálise. *Psicologia clínica*, 20, p. 11-26.

Bollas, C. (2015). O objeto transformacional. In: Bollas, C. *A sombra do objeto: psicanálise do conhecido não pensado*. São Paulo: Escuta. p. 49-64. (Obra original publicada em 1987).

Bollas, C. (2010). Criatividade e psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, 43(78), p. 193-209.

Braga, F. W. (2012). *A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave*. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília.

Castello, J. (Org.). (2011). *Clarice na cabeceira: romances*. Rio de Janeiro: Rocco.

Ciccone, S. D. (2013). *Criatividade na obra de D.W. Winnicott*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Coutinho, E. (Diretor). Salles, J. M.; Ramos, M. A. (Produtores). (2011). *As Canções* [filme]. Rio de Janeiro: Videofilmes.

Czermak, S. A. (2016). *Artes de fazer com os sons: uma escuta psicanalítica da prática orquestral*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Da Viola, P. (2022). Coisas do mundo, minha nega [Gravada por P. da Viola]. In: *Paulinho da Viola*. Brasil: Gravadora Odeon.

Figueiredo, L. C. (2014). *Cuidado, saúde e cultura: Trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante*. São Paulo: Escuta.

Godoy, L. B. (2007). Uma veste para nossos sonhos: o lugar da cultura no pensamento winnicottiano. In: Ferreira, A. M. (Org.). *Espaço potencial Winnicott: diversidade e interlocução*. São Paulo: Landy. p. 98-117.

Gonçalves, F N. (2012). As canções: fabulação e ética da invenção em Eduardo Coutinho. *Significação: revista de cultura audiovisual*, 39(38), p. 147-171.

Green, A. (2004). O silêncio do psicanalista. *Psychê*, 8(14), p. 13-38.

Gurfinkel, D. (2015). Prefácio à edição brasileira – A sombra do objeto: epifania de um pensamento. In: Bollas, C. *A sombra do objeto: psicanálise do conhecido não pensado*. São Paulo: Escuta. p. 13-35.

Kaufmann, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Levi, R. (2016). Música, memória e história na obra de Eduardo Coutinho. *RuMoRes*, 10(20), p. 275-287.

Lopes, A. J. (2006). Afinal, que quer a música? *Estudos de psicanálise*, 29, p. 73-82.

Macalé, J. (1983). Pano pra manga [Gravada por J. Macalé]. In: *Let's Play*. Rio de Janeiro: Estúdios Transamérica.

Mello Filho, J. (2001). *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Naffah Netto, A. (2004). A escuta musical como paradigma possível para a escuta psicanalítica. *Percurso*, p. 53-60.

Naffah Neto, A., & Gerber, I. (2007). Linguagem musical e psicanálise. *Ide*, 30(44), p. 8-14.

Ogden, T. (2013). Privacidade, reverie e técnica analítica. In: Ogden, T. *Reverie e interpretação: captando algo humano*. São Paulo: Escuta. p. 101-124. (Obra original publicada em 1996).

Outeiral, J. O. (2010). Transicionalidade e criatividade: rabiscos sobre o viver criativo. *Jornal de psicanálise*, 43(78), p. 91-98.

Pessoa, F. (1983). *Obra poética*. São Paulo: Editora Nova Aguillar S.A.

Platão. (2017). *A República*. Rio de Janeiro: Editora Lafonte.

Rodrigues, J. M., & Peixoto Junior, C. A. (2014). Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, p. 291-310.

Rodrigues, J. M., & Peixoto Junior, C. A. (2017). Sobre a noção de saúde decorrente da teoria do amadurecimento emocional de Donald Winnicott. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 6(11), p. 7-33.

Schopenhauer, A. (n.d.). *O mundo como vontade e representação*. Porto: Rés-Editora.

Vilete, E. (2016). *Sobre a arte da psicanálise*. São Paulo: Ideias & Letras.

Winnicott, D. W. (1999). O conceito de indivíduo saudável. In: Winnicott, D. W. *Tudo começa em casa*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes. p. 3-22. (Obra original publicada em 1967).

Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. p. 399-405. (Obra original publicada em 1956).

Winnicott, D. W. (2019a). A criatividade e suas origens. In: Winnicott, D. W. *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu Editora. p. 108-140. (Obra original publicada em 1971).

Winnicott, D. W. (2019). A localização da experiência cultural. In: Winnicott, D. W. *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu Editora. p. 154-166. (Obra original publicada em 1967).

Winnicott, D. W. (2019). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: Winnicott, D. W. *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu Editora. p. 13-51. (Obra original publicada em 1951).

Winnicott, D. W. (2019b). O brincar: atividade criativa e a busca do self. In: Winnicott, D. W. *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu Editora. p. 91-107. (Obra original publicada em 1971).

Winnicott, D. W. (2019). O uso de um objeto e a relação por meio de identificações. In: Winnicott, D. W. *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu Editora. p. 141-153. (Obra original publicada em 1969).

CAPÍTULO 12

Inclusão e cultura deficiente: por uma psicanálise implicada às pessoas com deficiência

Marta Müller Stumpf

Com este trabalho pretende-se lançar luz sobre a necessidade de uma psicanálise implicada à pessoa com deficiência, a necessidade de rede de apoio a esse público através da psicanálise, em sua teoria e prática. A intersecção com a inclusão é fundamental, uma vez que a teoria psicanalítica contempla o sujeito em suas demandas e especificidades e não se deve permitir discriminação e preconceito.

A psicanálise e sua relação com a inclusão é um tema pouco explorado até o presente momento. A ampliação dessa teoria e prática clínica aplicada à inclusão é necessária, motivante e muito interessante.

O tema reflete uma busca pelo conhecimento e um aprofundamento nesta vertente inclusiva de pensar, e suas aplicações e características teórico-práticas, tendo como parâmetro a psicanálise e, como experiência, a prática clínica.

O objetivo deste capítulo foi contribuir para a construção de um saber teórico-clínico psicanalítico que se relaciona a uma prática inclusiva, tendo como uma das justificativas a necessidade dessa clínica como uma forma de ser rede de apoio e, consequentemente, auxiliar aos cuidadores das pessoas com deficiência, a própria pessoa com deficiência, o seu meio e a sociedade. A partir disso, espera-se compreender de forma mais profunda aspectos que facilitam a inclusão e como a psicanálise pode contribuir para isso.

Algumas considerações sobre deficiência e inclusão

Pessoa com deficiência (Nubila & Buchalla, 2008), segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade), é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, e esse impedimento em interação com uma ou mais barreiras pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Dentro dessa noção do conceito da deficiência, da necessidade de políticas públicas e de um modelo biopsicossocial de funcionalidade (Diniz, 2021), o qual considera a deficiência como uma limitação que também fala sobre deficiência na cultura, pode-se pensar nas famílias, nos cuidadores das pessoas com deficiência e na própria pessoa com deficiência, que necessitam de um aporte teórico clínico que promova saúde mental para todos, sem discriminação, inclusive pode-se pensar nos próprios profissionais que têm deficiência.

No meio psicanalítico fala-se muito sobre autismo e muito pouco sobre deficiência intelectual, paralisia cerebral, síndromes raras, deficiência visual, auditiva, síndrome de down, dentre outras inúmeras deficiências que precisam ser contempladas pela psicanálise. Assim como quase não se observam profissionais que atendam pessoas com deficiência ou que sejam psicanalistas com deficiência, uma vez que se sabe da importância de privilegiar o lugar de fala e abrir espaço para profissionais com diferentes características e especificidades. Vê-se um movimento muito legítimo, reparatório e fundamental em relação às questões do racismo e das pessoas indígenas nas sociedades psicanalíticas, mas em relação às pessoas com deficiência ainda não.

Verifica-se muita segregação ainda hoje em relação às pessoas com deficiência também em suas famílias, que, muitas vezes, privam os seus filhos de um convívio social mais enriquecedor, isolando-os em casa, algumas por medo, superproteção, falta de conhecimento, por fantasias onipotentes, por sentimento de culpa, por ferida narcísica, por vulnerabilidade social, falta de acessibilidade, presenças de muitas barreiras, enfim, por inúmeras razões. Algumas famílias acreditam em tratamentos que prometem milagres, reabilitações invasivas, com crenças de cura, com uma promessa de reinserção normativa. Dentro da estrutura familiar inconsciente pode ocorrer a negação da realidade, rejeição, a rejeição de um dos cuidadores ou da família em relação à criança com deficiência, como não aceitação do filho real, por próprio capacitismo[1], não elaboração do luto pelo filho ideal, reforçados pela falta de rede de apoio. A separação de casais que têm filhos com deficiência tem um percentual muito alto.

A sobrecarga emocional das famílias e cuidadores é grande, recaindo muitas vezes, em maior intensidade para as mães, em função da cultura machista, do patriarcado, que reforça que a responsabilidade pelo filho é mais da mãe. A carga mental na mulher é forte. Esse funcionamento também se dá na interação deficitária entre sociedade que não sabe lidar com o estranho em si no outro, que apresenta muitas barreiras.

Quanto à questão dos tratamentos para pessoas com deficiência, das terapias com equipe multidisciplinar, sabe-se que são muito necessárias, porém temos que ter uma capacidade crítica e empática, ajudando nesse processo de ver o outro como ele realmente é, com seus potenciais e limitações. Não se deve sobrecarregar as pessoas em tratamentos excessivos que as privam da inclusão. Há crianças que

1 O capacitismo significa a discriminação de pessoas com deficiência, sua tradução para o inglês é *ableism*. O termo é pautado na construção social de um corpo padrão perfeito denominado como "normal" e da subestimação da capacidade e aptidão de pessoas em virtude de suas deficiências.

não frequentam escolas e passam muito tempo em centros de reabilitação. Ainda hoje alguns tratamentos de reabilitação funcionam como adestramentos. Há uma confusão de línguas.

Ferenczi (1929) faz refletir sobre o quanto crianças que foram hóspedes não bem-vindas na família irão registrar esses sinais de aversão, impaciência e pouco amor repercutindo na vontade de morrer, perdendo o gosto pela vida muito precocemente. O autor já considerava a importância fundamental do ambiente no decorrer desse processo de adaptação da família à criança, ele diz:

> A criança deve ser levada, por um prodigioso dispêndio de amor, de ternura e de cuidados, a perdoar aos pais por terem-na posto no mundo sem lhe perguntar qual era a sua intenção, pois, caso contrário, as pulsões de destruição logo entram em ação. (Ferenczi, 1929)

Para Winnicott (1975) assim como para Ferenczi (1929), compreender o crescimento emocional de um bebê depende também da compreensão do crescimento emocional de quem o cuida.

A inclusão é um conceito que abrange todas as questões da diversidade. Desde gênero, raça, deficiência, etnias, vulnerabilidade social. A psicanálise como ciência que auxilia as pessoas precisa estar implicada nesse processo.

Rodrigo Mendes, um grande nome no cenário da inclusão, escreve que a partir de 2015 a Lei Brasileira de Inclusão criminaliza a rejeição de matrículas de pessoas com deficiência, que representam quase 15% da população mundial. Desde então, o sistema de ensino foi estimulado a sair de uma zona de conforto rumo ao acolhimento da diversidade. Sabe-se que essas conquistas estão sendo ameaçadas. Em função da lei de 2015, o número de alunos com deficiência quadruplicou e não basta cumprir a lei, as escolas precisam se adaptar investindo na formação de professores, no tempo para o planejamento das aulas e nos serviços de apoio. Poucas pessoas sabem o

que é PEI ou AEE (que são, respectivamente: plano educacional individualizado e atendimento educacional especializado) porque a sociedade é estruturalmente capacitista e tem "poucos olhos" para essas questões da diversidade. A criança pode continuar precisando de especialistas, intérpretes, cuidadores, mas como um complemento, e não como uma substituição[2].

A Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência[3] foi criada para assegurar a inclusão no mercado de trabalho, a lei garante hoje o emprego de 500 mil pessoas com deficiência em todo o país. O direito está previsto no artigo 93 da Lei 8.213/91, que definiu os benefícios da Previdência Social.

A partir de tais aspectos sobre a inclusão e de um entendimento dos conceitos básicos psicanalíticos, pretende-se a reflexão de um modelo teórico-clínico biopsicossocial para auxílio à psicanálise que Freud propôs de início, baseado no modelo médico e que foi sendo transformado e complementado.

Constituição psíquica – o "eu" através do "outro"

A criança, ao nascer, possui seu *self* indiferenciado dos objetos, de acordo com Mahler (1982), dependendo da mãe (ou cuidador) em todos os sentidos e não se vendo diferenciada desta mãe que supre. Portanto, ama o objeto nutridor assim como a si mesmo, pois não diferencia *self* e objeto. O primeiro objeto de investimento libidinal da criança é sua mãe, em decorrência de que os primeiros sentimentos de satisfação sexual autoeróticas são justamente experimentados em relação às funções vitais de autopreservação, ou seja,

2 https://gshow.globo.com/programas/conversa-com-bial/noticia/a-inclusao-mostra-que-voce-nao-e-incapaz-incapaz-e-o-meio-que-so-enxerga-a-deficiencia-e-nao-o-ser-humano-diz-pedagoga-autista-no-conversa-com-bial.ghtml.

3 https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2021-07/lei-de-cotas-para-pessoas-com-deficiencia-completa-30-anos#:~:text=A.

a mãe ou a pessoa que se preocupa com sua alimentação e necessidades básicas.

O chamado narcisismo primário que ocorre neste período é sobremaneira importante, conforme Freud (1914), visto que o bebê, ao investir sua libido no objeto, o está fazendo em si mesmo, devido à indiferenciação. Este momento de completude e plenitude na vida libidinal desta criança dá origem à existência do Ego Ideal. Conforme Winnicott (1975), o bebê vive um estado de ilusão onipotente quando, mesmo sendo totalmente dependente de seus cuidadores, sente-se totalmente independente.

Dentro do contexto de maturação infantil, segundo Stolorow e Lachmann (1983), o narcisismo na fase infantil pertence à construção da estrutura psicológica que mantém a coesão, a estabilidade e o colorido afetivo positivo da representação do *self*.

O Ego Ideal, quando perdura e não evolui para o Ideal de Ego, de acordo com Laplanche e Pontalis (1998), possui como função a tentativa de recobrar o estado onipotente infantil perdido. Segundo Zimerman (1999), Ideal de Ego é uma subestrutura relacionada ao Superego e, na condição de herdeira direta do narcisismo original, cria ilusões narcísicas que estabelecem metas utópicas inatingíveis na realidade, que geram um forte sentimento de fracasso nos menores erros.

A "narcisização" do bebê, através do investimento libidinal da mãe, é parte fundamental na estruturação do sentimento de amor a si mesmo. O bebê precisa ser investido libidinalmente para desenvolver o próprio *self*, pois, de acordo com Stolorow e Lachmann (1983), assim como no próprio mito de Narciso, a criança vê-se no olhar materno como se a um espelho d'água estivesse olhando. É este reflexo que reforça a sua existência e dá sustentação gradual ao seu *self*. Este reflexo no olhar materno é o que a criança necessita e busca avidamente, segundo McDougall (1989), para ter refletido

nos seus olhos tudo aquilo que ela representa para sua mãe e, por consequência, adquirir um sentido de existência, sendo um sujeito com um lugar e um valor próprios. Desta autoimagem, construída nesta fase inicial da vida, através deste investimento materno, dependerá o modelo de integridade narcísica e de autoestima, pois, se esta autoimagem for captada enfraquecida, se a criança não for "narcisizada" adequadamente, fragilizadas serão tanto sua autoestima quanto sua integridade narcísica.

O narcisismo, conforme Stolorow e Lachmann (1983), não pode ser considerado sinônimo de autoestima, que, em verdade, trata-se de um estado cognitivo-afetivo complexo relacionado a múltiplos fatores. O narcisismo, de fato, engloba entre suas funções a de regular a autoestima, mantendo a coesão e a base onde ela se fundamenta, a estabilidade da representação do *self*. O narcisismo regula, conforme sua estrutura e formação, tal como analogamente compararam Stolorow e Lachmann (1983), a um termostato, os limites da autoestima, garantindo que ela nunca suba nem caia mais do que a estrutura permite.

A catexia libidinal ao bebê pelos pais, tão importante para esta criança na fase inicial da vida, segundo Freud (1914), está baseada no próprio narcisismo destes pais, que é revivido e projetado no filho. Aqueles, compulsivamente, atribuem todas as perfeições ao filho e o suprem da forma mais ampla possível, visando evitar qualquer frustração: "Sua Majestade, o Bebê". Este bebê, por meio de um ideal paterno, "concretizará" os sonhos não realizados destes pais, revelando que este investimento libidinal nada mais é que a própria revivência do seu narcisismo.

A estruturação da autoimagem da criança dará origem ao narcisismo secundário, fundamentando, segundo McDougall (1989), os sentimentos de autoestima e autocoesão após a diferenciação do bebê com a mãe, isto é, após a diferenciação de *self* e objeto.

Com a perda do narcisismo primário (Ego Ideal), segundo Zimerman (1999), tem origem uma formação intrapsíquica relativamente independente (que funciona como um substituto deste narcisismo original perdido), o Ideal de Ego. Este, por sua vez, é originário da união da própria dissolução do Ego Ideal com os conceitos ideais dos pais que são projetados na criança. É, conforme Laplanche e Pontalis (1998), um modelo ao qual a pessoa busca conformar-se e, de acordo com Freud (1996), uma formação intrapsíquica que avalia as aspirações e visa realizações efetivas. A pessoa projeta o seu ideal à frente e busca atingi-lo, substituindo o ideal narcísico infantil, onde o ideal encontrava-se nele mesmo (Ego Ideal).

Psicanálise

Psicanálise dita tradicional, psicoterapia psicanalítica e psicanálise das configurações vinculares

Cabe diferenciar psicanálise tradicional, psicoterapia psicanalítica e psicanálise das configurações vinculares.

A Psicanálise tradicional difere da Psicanálise das configurações vinculares, principalmente, no seu enfoque voltado mais para o inconsciente da pessoa em tratamento, sua intrasubjetividade. Estes dois enfoques pertencem à Psicanálise, sendo o vincular um desdobramento.

Pertencem à base da Psicanálise tradicional, os três componentes da tríade Edípica (pai, mãe e filho). Constitui-se na base da teoria psicanalítica a formação da personalidade de cada indivíduo, gerando material para as sessões na prática clínica. Entretanto, ainda assim, há uma maior valorização ao plano individual dentro deste enfoque terapêutico em relação à visão vincular, que trabalha não só a intrassubjetividade, mas também a intersubjetividade e transubjetividade. Nesta o foco está nos vínculos criados entre as pessoas do

casal, família e/ou cuidadores e filhos, grupos, inserindo-os em um contexto social. Esta abordagem contempla ainda mais o ambiente quando inclui o quarto elemento agregado aos outros três. Confere importância ao avúnculo, figura que representa o intercâmbio (endogamia e exogamia), o representante da figura materna, como Creonte, da tragédia de Sófocles, junto a Jocasta (mãe), Laio (pai) e Édipo (filho).

Em relação à psicoterapia de orientação psicanalítica pode-se dizer, como em Laplanche e Pontalis (1998), que ela é um modelo psicoterápico apoiado nos conceitos teóricos e técnicos psicanalíticos, sem, entretanto, realizar de forma completa as condições necessárias para um tratamento psicanalítico tradicional. É, portanto, uma prática um pouco mais simplificada da Psicanálise tradicional, sendo que esta, nos dias atuais, mesmo com transformações, ainda possui altos custos e, devido à elevada frequência de sessões semanais, está mais restrita a uma determinada fatia da população.

Segundo Etchegoyen (1987), a Psicanálise é uma forma especial de psicoterapia, sendo esta uma "velha arte" que engloba aquela como uma ciência ainda jovem. Freud (1912) dizia que a Psicanálise é, ao mesmo tempo, uma teoria da personalidade, um método de psicoterapia e um instrumento de investigação científica.

A psicoterapia de orientação analítica, conforme Fadiman e Frager (1986), visa auxiliar o paciente a relembrar, recuperar e reintegrar os conteúdos de seu inconsciente, de forma que o seu eventual sofrimento psíquico seja reduzido e, através da elaboração, certas questões sejam modificadas internamente (intrassubjetivamente) visando melhor qualidade de vida.

Garma (1984) coloca que o tratamento psicanalítico pretende livrar o paciente dos seus sintomas, angústias e inibições, fazendo sua vida fluir de forma mais equilibrada tanto afetiva como profissionalmente, por meio da quebra das resistências e mecanismos de

defesa voltados contra o próprio inconsciente, para que este, ao ser mais compreendido, traga para a consciência os conteúdos geradores de neurose.

Para Greenson (1981), o objetivo da psicoterapia analítica é solucionar os conflitos neuróticos, agregando à parte saudável da personalidade os fragmentos de Id, Ego e Superego que ficaram de fora do processo maturativo da personalidade do indivíduo, trazendo à consciência egoica, os fragmentos que possibilitem a elaboração.

Etchegoyen (1987) salienta que se deve identificar como um sentimento contratransferencial o chamado *furor curandis*, que é representado por uma vontade de curar o paciente, pois ao invés de curá-lo em um sentido médico, o auxilia a lidar melhor com as questões que fundamentam sua neurose. O terapeuta não cura, pois o inconsciente é dinâmico e não é possível garantir, de forma vitalícia, que a pessoa ficará livre de sintomas causados pelo seu inconsciente, inclusive se considerarmos os eventos pelos quais se passa no cotidiano.

Psicanálise tradicional, bipessoal e psicoterapia psicanalítica

Conceitos básicos

A Psicanálise (e também a psicoterapia psicanalítica) possui conceitos básicos que serão comentados brevemente, como: o contrato, aliança terapêutica, o *setting*, a transferência, a contratransferência e a resistência.

O contrato

O contrato psicanalítico, como colocam Menninger e Holzman (1982), estipula as bases da relação de parceria estabelecida entre terapeuta e paciente, onde o primeiro deixa claro aspectos como o sigilo e a ética, além de serem acordados aspectos mais concretos como a frequência, horários e valores das sessões. Ocorre semelhante

na psicanálise vincular, mas o *setting* dessa abriga mais de um paciente (casais, famílias, grupos, cuidador-bebê).

Segundo Etchegoyen (1987), o contrato terapêutico tem como finalidade a definição concreta do delineamento do trabalho que vai ser realizado, para que se tenha mais claro os objetivos, as expectativas e também possamos detectar as dificuldades inerentes a esse tratamento psicanalítico. É possível que sejam trabalhadas posteriormente, com base no que fora acordado, ambiguidades e confusões que inevitavelmente surgirão no transcurso da terapia. Menninger e Holzman (1982) escrevem que é muito importante que o terapeuta tenha o máximo de cuidado a respeito de promessas, pois não há como prever a chamada cura ou mesmo o alívio do paciente. É certo que, nas entrevistas iniciais, o terapeuta avalia as condições e potencial de progresso que o paciente possui, mas somente pode oferecer à pessoa que busca seus serviços a sua máxima dedicação em um método que pode ajudá-lo.

Conforme Zimerman (1999) pontua, o contrato é estabelecido nas entrevistas iniciais. A realização do contrato se dá também pela demanda terapêutica e definição de papéis e funções dentro da relação entre o psicoterapeuta e o paciente. São definidos os limites nessa relação, que é assimétrica, de não similaridade e isomórfica.

Aliança terapêutica

Diferentemente de um contrato mais formal, a aliança terapêutica, de acordo Sandler et al. (1986), fala sobre o paciente, sua motivação e tem origem a partir do conceito de transferência, porém como uma definição à parte. Funciona como um elo mais racional entre o terapeuta e o paciente, de modo que o tratamento se sustenta, mesmo em alguns casos de transferência negativa. A aliança terapêutica tem como base o desejo do paciente em cooperar com o trabalho, aceitando e enfrentando as dificuldades inerentes

ao tratamento de desbravamento dos conteúdos inconscientes sem abandoná-lo.

Um aspecto importante a se salientar sobre a aliança terapêutica é que, segundo Segal (1964), esta não é condição fundamental para um tratamento psicoterápico e o ideal é que esta aliança se desenvolva no decorrer do processo terapêutico.

Setting ou enquadre

O *setting*, ou em sua versão para o português, enquadre, conforme Zimerman (1999) discorre, é também uma decorrência do contrato, pois engloba não só o espaço físico onde se dá a situação analítica, como também as normas estabelecidas no contrato; além disso, no enquadre é criado um espaço de ilusão, onde o paciente sente-se acolhido e amparado, podendo expor seu lado mais primitivo, infantil e receber esse suporte. É um espaço onde o paciente poderá reviver vivências e conflitos do passado, dando uma nova compreensão para superá-los.

Transferência

Transferência, segundo Freud (1905), é a reprodução de antigos impulsos e fantasias, que são projetados na pessoa do terapeuta, ou seja, modelos relacionais (em geral infantis) que são, conforme Laplanche e Pontalis (1998), reproduzidos na situação de terapia e vivenciados como reais pelo paciente em relação à pessoa do terapeuta. É, de acordo com Greenson (1981), um tipo de relacionamento objetal cuja característica fundamental é o sentimento redirecionado, sendo vivido na pessoa do terapeuta. O paciente transporta do passado para o presente a relação primitiva e a revive dentro do *setting*. Este conceito assume uma característica marcadamente diferente na Psicanálise vincular, pois esta não enfoca o conceito como uma repetição de sentimentos e emoções.

É através da chamada neurose de transferência, que se dá por meio do estabelecimento de uma relação transferencial significativa entre paciente e terapeuta, que ocorre efetivamente o processo analítico. Essa neurose propicia um maior conhecimento da personalidade do paciente, bem como favorece as intervenções do terapeuta.

Zimerman (1999) escreve que o terapeuta propicia todas as condições para que a neurose de transferência seja trabalhada. É bem verdade que nem tudo é transferência analisável e que os aspectos concretos do terapeuta, como sua aparência, idade, estado civil, dentre outros, interferem em como será sentida a identificação transferencial ou não do paciente.

Para Etchegoyen (1987), transferência é o irracional, o inconsciente, o infantil da conduta, que coexiste com o racional, pois em tudo, em toda relação há transferência, entretanto, nem tudo é transferência. Ela ocorre tanto em uma situação analítica quanto no dia a dia das pessoas, nos neuróticos, psicóticos, pois, segundo Fenichel (1941), todas as relações entre as pessoas se dão através de um misto de sentimentos transferenciais e realistas.

A relação transferencial entre terapeuta e paciente é *isomórfica*, pois, conforme Zimerman (1999), reproduz de forma análoga, através da transferência, as mesmas necessidades, emoções e defesas uma vez mantidas por meio dos vínculos primitivos com as figuras parentais. Quanto mais regressivo for o paciente, maior a isomorfia.

Contratransferência

A contratransferência, segundo Etchegoyen (1987), surge no inconsciente do psicoterapeuta como um resultado da transferência do paciente. A reação de um é relacionada à do outro.

O sentimento contratransferencial é um requisito necessário para um processo psicoterapêutico. Sem a contratransferência,

Sandler et al. (1986) escrevem que não haveria nem empatia nem o próprio tratamento psicanalítico.

Segundo Laplanche e Pontalis (1998), a contratransferência é o somatório das reações inconscientes do terapeuta em relação ao seu paciente e suas respectivas transferências. De acordo com Etchegoyen (1987), atua de formas distintas, como obstáculo a ser transposto para o adequado transcurso do tratamento e como um instrumento útil para o próprio terapeuta identificar aspectos da dinâmica do paciente e do campo analítico.

Resistência

A pessoa quando busca auxílio psicológico, assim como pode estar motivada para tal processo apresenta ao mesmo tempo forças internas que se opõem a este contato com seus conflitos internos. Estas forças inconscientes são chamadas de resistências. Estas forças, segundo Greenson (1981), defendem a manutenção da pseudo homeostase, do *status quo* psíquico, pois fazem parte da mesma estrutura que sustenta os conflitos neuróticos enfocados no tratamento. Portanto, a análise das resistências é parte fundamental de todo o processo terapêutico, pois são os primeiros aspectos identificados pelo terapeuta e porque são manifestações distorcidas de funções egoicas do paciente. A partir delas se começa a compreender o funcionamento da estrutura de personalidade da pessoa em questão.

A resistência, de acordo com o autor acima citado, pode ser consciente, pré-consciente e inconsciente. Ela pode ser expressa através de atitudes, emoções, boicotes, impulsos, ideias e pensamentos; têm origem tanto no Ego, quanto no Id e Superego. Zimerman (1999) acrescenta a isso que é impossível haver uma clara sistematização ou classificação das resistências, pois são muito variadas e dependem muito de aspectos contingenciais. Além disso, há múltiplos vértices de abordagem e diferenças semânticas entre teóricos.

Menninger e Holzman (1982) apontam cinco tipos ditos clássicos de resistência. A saber: resistência de repressão, de transferência, de ganho epinósico (relativa aos ganhos secundários do paciente com seus conflitos), de compulsão à repetição (que provém do Id) e a resistência do Superego (a mais difícil de ser trabalhada por causa dos fortes sentimentos de culpa e autopunição).

Psicanálise das configurações vinculares

A Psicanálise desenvolveu-se através das formulações e postulações que Freud, de maneira muito original, soube extrair dos atendimentos psicanalíticos individuais realizados com seus pacientes na Viena do final do século XIX. Originou a teoria do inconsciente e da estrutura psíquica. Estas foram desenvolvidas, ganhando maior complexidade e abrangência, por Freud (até sua morte em 1939) e seus seguidores e simpatizantes da Psicanálise em geral, o que acabou por gerar, inclusive, diversas escolas dessa mesma teoria psicológica.

Essa Psicanálise surge quando Berenstein e muitos psicanalistas da Argentina que estavam trabalhando com antipsiquiatria, como Bleger, Pichón, já vinham trabalhando com grupos. Eles se deram conta de que o paciente psicótico que estava internado era muito mais em decorrência de questões do funcionamento do grupo familiar. Logo, começaram a trabalhar com as famílias. Começaram a chamar a família desses pacientes e ver a questão mental desse grupo.

A partir dos desafios colocados por alguns tipos de patologia, como as psicoses e as patologias narcísicas, houve novas formulações teóricas, como as sustentadas por Ferenczi, Bion, Winnicott, Aulagnier, Kohut. Nessa perspectiva surgiu a Psicanálise dos vínculos, desenvolvida mais especificamente por Isidoro Berenstein e Janine Puget, psicanalistas argentinos. Sob o ponto de vista teórico, ocorreu devido tanto ao papel da pulsão como ao fato de que a significação

do mundo interno não deram conta de algumas questões que eram referentes à relação entre mais de dois sujeitos. O enquadre individual não abrangia determinadas problemáticas, desenvolvendo-se enquadres que possibilitaram a análise de um vínculo de casal, de família etc.

Com o desenvolvimento de diferentes escolas psicanalíticas, segundo Berenstein e Puget (1997), acabou por se criar uma espécie de linha divisória entre o que seria Análise ou Psicanálise "extramuros", que seriam os atendimentos de orientação psicanalítica de casais, famílias e grupos. Atendimentos que diferem da forma clássica (sem o uso do divã ou em menor frequência, por exemplo).

Nesse contexto origina-se uma clínica e uma metapsicologia *intersubjetivas*, ou seja, que levam em consideração as relações interpessoais e o meio social. É um jeito diferente de pensar, porque vai para além do ponto de vista intrassubjetivo, ampliando para o ponto de vista intersubjetivo, que é das relações, e transubjetivo, que é o que vem da cultura.

Com o tempo, chegou-se à conclusão de que estes novos modelos de análise deveriam possuir suas próprias formulações teóricas assim como também seus próprios métodos clínicos. Diante desta realidade, as novas situações terapêuticas impuseram um desafio aos novos teóricos, algo que estava "fora dos limites" da Psicanálise. A ampliação da teoria clássica envolvia também algumas modificações nas hipóteses teóricas fundamentais. Em busca de uma evolução do conhecimento, estes novos teóricos transformaram antigos paradigmas através de algumas modificações na teoria agregando novas hipóteses e novos modelos de prática clínica. Estas modificações surgiram a partir de uma demanda que envolvia, segundo Berenstein e Puget (1997), três fatores: 1) lacunas na própria teoria, (como foi o caso de Lacan, Bion, Aulagnier, Kohut e Melanie Klein, dentre outros, e tendo esta última, por exemplo, introduzido a prática com

crianças de uma maneira nova – o jogo); 2) a inter-relação da teoria com o campo histórico e social (as implicações do ambiente onde vivem tanto terapeuta como paciente e as influências que estes sofrem do mesmo); 3) o terceiro fator reside nos próprios analistas (quando seu aporte teórico-técnico não se mostra suficiente para a compreensão do sofrimento de determinados pacientes, como no caso de pessoas com deficiência, cujos tratamentos segundo enquadre bipessoal não se mostram de todo eficaz.)

Para pensar o desenvolvimento psicossexual não se pode fundamentar a análise, exclusivamente, sobre a dinâmica, a economia e a tópica intrapsíquicas. Uma clínica e uma metapsicologia *intersubjetivas*, ou seja, que levem em consideração as relações interpessoais e o meio social, devem ser constituídas, como dizem as premissas de Freud, mas sem que ele as tenha dotado de uma situação metodológica correspondente, à qual foi desenvolvida pelos teóricos da Psicanálise das configurações vinculares.

A Psicanálise das configurações vinculares apresenta uma visão mais ampla a respeito da Psicanálise, principalmente no que diz respeito a grupos, famílias, casais e instituições.

A psicanálise individual é um processo de trabalho diferente da psicanálise das configurações vinculares. Franco Filho (1994) diz que o uso de referenciais psicanalíticos para abordar o grupo pode ser eficiente e permitir elaborações psicanalíticas que, necessariamente, não serão idênticas às de uma análise clássica. Sendo assim, os resultados também não serão os mesmos, mas podem ser complementares.

Pedroso (1991) diz que o grupo terapêutico é um campo intermediário entre o isolamento da análise individual e a vida diária, onde o "dentro", em termos intrapsíquicos, e o "fora" estão muito próximos e às vezes se confundem. Bernard (1991) refere que, no grupo, quanto mais elementar o nível de profundidade de integração

inconsciente, maior a ilusão de fusão dos integrantes do vínculo, dando lugar aos supostos básicos de Bion. O autor chama a esses níveis trans ou intersubjetivos.

A Psicanálise das configurações vinculares se ocupa tanto das abordagens múltiplas como da abordagem do indivíduo em uma perspectiva vincular.

Alguns conceitos são importantes de serem explicados:

Vínculo

Para um entendimento adequado da Psicanálise vincular é de fundamental importância a compreensão do conceito de vínculo, que é a estrutura relacional onde ocorre experiência emocional entre duas ou mais pessoas ou partes da mesma pessoa. Vínculo é um termo que deriva do latim *vinculum*, que significa atar, a união de uma pessoa com a outra, ou seja, a união estável entre dois *eus*, onde o vínculo liga um Eu ao outro, sendo uma parte representável e outra não (por não se tratar de um objeto interno). Portanto, para se falar de vínculo, na Psicanálise vincular, é condição necessária a presença do outro. É deste aspecto que deriva o que Berenstein e Puget (1993) definem como noção de bidirecionalidade, isto é, onde ambos os *eus* são simultaneamente lugar do desejo e da realidade do desejo do outro. A representação mental da relação com os outros é inconsciente e diz respeito ao vínculo.

É importante, também, salientar que na Psicanálise bipessoal o termo vínculo ainda possui diversas outras significações, como a relação estabelecida entre paciente e analista ou a relação com os objetos internos, por exemplo. Na escola inglesa vários autores utilizam o conceito de vínculo principalmente para o mundo interno, mas também para relações com o exterior.

Bion (1983) diz que a palavra vínculo descreve uma experiência emocional na qual podem existir três emoções básicas, que são:

Conhecimento (Vínculo K), entre um indivíduo que busca conhecer um objeto e um objeto que se presta a ser conhecido; Amor (Vínculo L), que é análogo ao anterior, mas referente ao amor; e o Ódio (Vínculo H).

Configurações vinculares

Outro termo fundamental é o de Configurações Vinculares, nome que se dá ao arranjo ou estrutura existente, quando há duas ou mais pessoas em interação. Este seria um conceito, segundo o autor, de modo geral bem aceito.

Uma questão importante, também valorizada pela Psicanálise das configurações vinculares, é o da presença do outro em sessão que é, em parte, um obstáculo ao ego, mas também necessário para a evolução de tal teoria, já que o outro não é um mero produto de projeções, mas tem existência própria, o que permite reconhecer as diferenças e discriminar as comunicações verdadeiras dos mal-entendidos.

No trabalho com esta teoria é muito importante estar atento à parte e ao todo, acreditando na comunicação de inconsciente para inconsciente, sem desprezar a individualidade. Cada indivíduo comparece em uma sessão de grupo com suas configurações mentais dinâmicas, seus mitos, enfim seu potencial para estabelecer vínculos nos espaços *intra*, *inter* e *transubjetivos*.

Os espaços psíquicos inter, intra e transubjetivos fazem parte de uma conceitualização de Berenstein e Puget (1993) para indicar a capacidade de representação do aparelho psíquico em torno da distribuição dos diversos vínculos e sua incidência na realidade externa.

O modelo da estrutura familiar inconsciente é a base para considerar o espaço intersubjetivo, de acordo com Corrêa (1998), no qual a angústia subjacente é a fusão narcisista. Isso caracteriza a subjetividade de uma família em relação às outras.

No espaço psíquico intrassubjetivo, segundo Corrêa (1998), fica à mostra o mundo fantasmático e o imaginário de cada sujeito. O vínculo perderia, neste nível, uma de suas qualidades que é o de ser bidirecional, ou seja, onde há uma troca entre dois *Eus*, como foi citado anteriormente. Este espaço é constituído pelas representações do Eu corporal e dos vínculos inter e transubjetivos que cada Eu possui, isto é, diz respeito à forma como o indivíduo se vê e vê o mundo que o rodeia, assim como à forma geral de como ele se relaciona com os outros, tanto consciente quanto inconscientemente. Descarta, portanto, os aspectos totalmente novos de cada relação estabelecida com outrem, o elo intersubjetivo, considerando apenas os modelos próprios de relação.

Autores como Berenstein e Puget (1994) chamam de relação intrassubjetiva os registros no mundo interno, de relações parciais ou totais, com os quais o ego mantém diferentes tipos de conexão, guardando o termo vínculo para quando há a presença de um referencial externo.

De acordo com Corrêa (1998), no espaço transubjetivo situam-se as representações do mundo externo real (social e físico) que o Eu adquire desde o originário, assim como pela mediação do Superego e objetos parentais. Tal proposição inscreve os efeitos da intersubjetividade na estrutura do psiquismo, na própria formação do inconsciente; ela descobre os pontos obscuros das formações e dos processos do inconsciente entre vários sujeitos; enfatiza os lugares de passagem e de abertura do recalcado que eles se concedem; presta atenção à aparelhagem de seus dispositivos pulsionais e representacionais, cada um podendo servir de elo e de mediador aos outros.

Transmissão da vida psíquica entre gerações

A Transmissão Psíquica Geracional é importante parte constituinte da fundamentação teórica da Psicanálise vincular. Freud

(1912) afirma que uma via de transmissão psíquica é através da cultura e tradição, dando como exemplo o tabu que seria o código não escrito mais antigo da humanidade, por estar vinculado àquilo que é desejado e ao mesmo tempo proibido. Porém, para ele, a transmissão direta através da tradição não explica a questão da continuidade da vida psíquica, pois para que esta seja viável, as disposições psíquicas herdadas deverão ser estimuladas por alguns acontecimentos da vida individual, isto é, o bebê vem ao mundo com estruturas potenciais que serão ou não estimuladas e desenvolvidas através dos vínculos intersubjetivos do meio familiar.

Freud (1914) define a criança como a "herdeira dos sonhos e desejos irrealizados dos pais", deixando, portanto, evidente o fato de que o sujeito emerge e é então submerso na palavra e desejo das gerações que o precederam.

Há dois tipos de transmissão, sendo ambas interligadas dinamicamente: intergeracional e transgeracional. A transmissão intergeracional, segundo Telles (2001), é aquilo que se transmite devidamente simbolizado e representado de modo que possa ser retomado, reelaborado em nível de grupo familiar e vincular, individualmente. Portanto, trata-se de um material psíquico metabolizado que será transformado e passado à geração seguinte por meio do vínculo familiar.

Segundo Corrêa (1998), a transmissão transgeracional refere-se ao material psíquico de herança genealógica não transformada e não simbolizada e que, por consequência, apresenta lacunas ou "brancos" na transmissão. Este modelo de transmissão, então, diz respeito ao material psíquico inconsciente que atravessa diversas gerações.

Trata-se de transmissões como imagens em *negativo*. Os "brancos", citados acima, da história familiar, são objetos não transformados e que, transmitidos de forma incompleta ou falha, constituem o que foi descrito acima como "negativo" da transmissão. Estes *defeitos*

de transmissão, segundo o mesmo autor, são provenientes de traumas ocorridos na história familiar, tais como: violência, abusos, lutos não integrados, segredos etc., traumas que perturbam a memória familiar e se constituem em lapsos na transmissão.

A transmissão transgeracional é fundamentalmente não verbal e tem como um dos principais veículos os rituais familiares, que são comportamentos, palavras, manifestações corporais, sintomas etc. Outro ponto que deve ser considerado é a questão do mito familiar, por se tratar de aspectos e convicções partilhadas entre os membros da família que, mesmo não sendo de todo reais, não são questionadas por seu caráter homeostático, ou seja, de certa forma, o mito é estruturante para a família que o cultiva.

Corrêa (1998) escreve que a TFA (terapia familiar psicanalítica), a partir de seu enquadre ou dispositivo, cria um espaço que possibilita a retomada de elementos derivados de um tempo genealógico esquecido, silenciado ou perdido. Os aspectos da transmissão psíquica genealógica que não puderam ter a transformação necessária, ou serem integrados numa corrente de sentido pelos processos de simbolização; os fragmentos de uma história impensável, poderão ter um lugar de inscrição no tecido associativo grupal dentro do processo terapêutico. A transmissão organizada a partir do negativo, ou seja, daquilo que falta já foi também assinalada por Freud (1914).

Transferência

Acerca de transferência na Psicanálise das configurações vinculares, há que se salientar que a mesma apresenta-se mesclando os aspectos de repetição, ou seja, de revivência de modelos de relações objetais; aspectos novos, que fazem parte da relação terapeuta-paciente, assim como aspectos radicalmente novos, sem os quais a relação não existiria, pois trata-se do "elo" intersubjetivo entre o paciente e o analista em dado momento histórico e cultural.

Segundo Berenstein (2001), cada situação analítica gera uma nova situação que institui "marcas" e, portanto, as antigas, as do passado, que tanto terapeuta quanto paciente trazem para a situação analítica e, por consequência, são suscetíveis à transferência da psicanálise clássica, unem-se às novas e entram em relação com as mesmas, gerando uma situação na qual as novas se impõem em relação às antigas não deixando mais espaço para uma pura repetição.

Intervenções

Assim como a Psicanálise tradicional ou "bipessoal", seja qual for a denominação, a Psicanálise vincular utiliza-se das mesmas intervenções. O que se considera importante salientar é que, na Psicanálise vincular, as intervenções serão em relação ao vínculo que a família ou casal estabelecem.

Existem diferentes tipos de intervenções. Em uma sessão psicanalítica vincular pode-se encontrar, assim como na sessão de Psicanálise bipessoal, as de construção (quando se tem vazios de significação, quando algo fica sem simbolização), de significação, pontuação (vai pontuando na sessão o que o grupo coloca através da fala ou comportamento), interpretação ao vínculo. A interpretação é voltada para o intersubjetivo, direcionada para o vínculo.

Sabe-se que é função do terapeuta intervir e auxiliar o ou os pacientes a acharem um caminho diferente, uma outra via, um lugar para poder colocar uma situação difícil, qualquer que seja, assim como ajudar a pensar como é que estão se relacionando, por que uma alavanca no outro, situações de conflito.

Estruturas psíquicas

Pode-se verificar que existe uma semelhança em relação à classificação das estruturas psíquicas. Em ambas as linhas teóricas, pode-se compreender o indivíduo, a família ou o casal da mesma maneira.

Existe a estruturação neurótica, a perversa e a psicótica em ambas as abordagens. A possibilidade de independência em relação à família de origem fala de um funcionamento familiar mais exogâmico, um funcionamento mais neurótico. As narrativas estão no plano do ciúme, da rivalidade, as questões que aparecem são mais ligadas às questões edípicas.

Já em um funcionamento mais perverso aparece um outro tipo de sintomatologia, como duas leis que funcionam ao mesmo tempo. Há a ambiguidade, sendo que a "lei" do incesto não apresenta-se clara para seus integrantes.

Em relação às famílias psicóticas verificou-se que a função paterna está completamente ausente, aparece um nível de agressividade, de violência, onde os lugares dentro da família são indiscriminados, a família tem um funcionamento endogâmico, de muita dependência entre os membros.

Dentro de uma configuração vincular pode-se encontrar indivíduos com estruturas diferentes que estabelecem um mesmo tipo de vínculo. Por exemplo, duas pessoas de estrutura neurótica podem formar um vínculo perverso.

A estrutura familiar inconsciente

É evidente a enorme importância que a família possui dentro deste enfoque vincular, sobretudo a estrutura inconsciente que serve de base regente para o modelo familiar que se estabelece em cada família. A diferença principal deste aspecto para a Psicanálise tradicional é o enfoque na família como o paciente em questão e não os seus membros tomados isoladamente. Isto encontra eco no material teórico pesquisado em Corrêa (1998). Para este autor, o modelo da estrutura familiar inconsciente é a base para considerar o espaço intersubjetivo, que caracteriza a subjetividade de uma família em

relação às outras e as diferencia. O vínculo estruturado em uma família é o que é tratado no processo terapêutico vincular.

A história é um dos pontos reveladores na estruturação de uma família (análogo à história pessoal de um paciente em psicoterapia analítica). É muito importante que o terapeuta investigue as origens da família, quem a formou, de onde ela vem, as tradições e mitos associados etc.

A estrutura familiar inconsciente é uma teoria que Berenstein (2001) tira da Antropologia, da teoria da Comunicação de Lévi-Strauss. É uma espécie de um genograma da família, no qual estão todos os membros das famílias, incluindo a família de origem do homem e a família de origem da mulher. Há as diferenças de tipos de vínculo que se estruturam dentro da família, que são o vínculo de aliança, o de filiação e o avuncular, que é o vínculo dessa família com a família da mulher. Dentro deste contexto, os lugares ocupados por cada um dentro da família adquirem ainda maior importância. Os lugares são, de alguma forma, estruturas mais fixas, mas que permitem alternância de lugar.

A história familiar é material para análise, pois o que a família vive no momento que busca auxílio possui conexão com sua história. Uma família, quando busca atendimento, chega cindida e um dos membros vai aparecer como o paciente identificado, ou bode expiatório, e o restante sadio ou uma parte doente e o restante sadio. Cada parte está representando um aspecto daquela família, mas é preciso que se veja o todo.

Trabalha-se com construções quando há vazios de significações, partes da história que a família não sabe que aconteceu. Por algum motivo, pelo tipo de transmissão, ficou sem narrativa, simbolização, ficou um vazio. O terapeuta insere-se para buscar significar tal aspecto, para que seja convertido em fato histórico. Um fato desligado sempre terá uma produção sintomatológica. O primeiro passo,

segundo a experiência clínica, é a família construir um mito, para a família poder dar alguma explicação para aquela ausência, o que por si só constitui-se em um passo importante para depois juntos darem algum sentido para a vivência. Os mitos familiares, em ressonância com os aportes teóricos, são aspectos e convicções partilhadas entre os membros da família que não são questionados e possuem caráter homeostático, pois são estruturantes.

A transmissão transgeracional, segundo Corrêa (1998), positiva o negativo, revela o material psíquico de herança genealógica não transformada e não simbolizada, o material psíquico inconsciente que atravessa diversas gerações e que, por consequência, apresenta vazios na sua transmissão. O terapeuta pode fazer a discriminação daquilo que é da pessoa individualmente e o que tem a ver com a relação. É mais fácil identificar se um membro da família está projetando algo em outro, por exemplo.

A planta baixa da casa, os nomes próprios, o tempo psicológico em que vive a família, tudo isso pode ser utilizado na prática clínica para uma compreensão o mais completa e ampla possível da estrutura inconsciente da família em tratamento.

Os espaços intra, inter e transubjetivos

O nível intrassubjetivo encontra reflexo também na Psicoterapia analítica vincular, porém quando associado aos outros dois níveis, constitui algo marcadamente diferente, facilita uma melhor adesão ao tratamento e garante uma melhora mais efetiva e duradoura. Desta forma, a visão do indivíduo é mais completa e abrangente. Cada indivíduo comparece a uma sessão de grupo com suas configurações mentais dinâmicas, seus mitos, enfim seu potencial para estabelecer vínculos nos espaços *intra*, *inter* e *transubjetivos*. No trabalho com esta teoria é muito importante estar atento à parte e ao

todo, acreditando na comunicação de inconsciente para inconsciente, sem desprezar a individualidade.

O espaço intersubjetivo é essencial, pois constitui-se em uma das essências do enfoque vincular, já que trata justamente do nível psíquico que se estrutura a partir da relação entre os níveis intrassubjetivos de duas ou mais pessoas que se vinculam.

O meio social também é enfocado de forma destacada na análise de grupo, família e casais, como algo marcadamente importante na constituição dos vínculos, da subjetividade interna, entre as pessoas e também na estruturação das personalidades. Corrêa (1998) coloca que no espaço *transubjetivo* situam-se as representações do mundo externo real (social e físico) que o Eu adquire desde o originário assim como pela mediação do Superego e objetos parentais (família).

Técnica

Uma importante distinção técnica está na interpretação que não se dá individualmente e sim ao todo, ao vínculo e na presença. Interpretam-se os aspectos relacionados ao enquadre, ao comportamento de repetição, ao conteúdo simbólico do vínculo, ao conteúdo transferencial.

As diferenças dizem respeito ao enquadre, escuta, entrevistas iniciais, sessão e ao tratamento em si, mas a Psicanálise é uma só e uma complementa a outra.

Enquadre

Pode-se dizer a respeito do enquadre que este possui um número maior de pessoas, na medida em que trata-se de atendimento de casal, família, grupos, relações cuidador-bebê. É essencial que se pense em presença. Na psicoterapia individual se trabalha fundamentalmente com as questões intrapsíquicas, com as representações do mundo interno. No tratamento vincular é diferente, trabalha-se com vínculo na presença, na relação entre as pessoas, entre os dois

Eus do casal ou entre as pessoas que compõem o núcleo familiar. Isso pressupõe mudança na escuta e na interpretação.

O enquadre individual abrange determinadas problemáticas, já o enquadre vincular possibilita a análise de um vínculo de casal, de família, de grupos, parentais.

Escuta

A partir do entendimento da teoria estudada pode-se observar que a escuta demonstra uma diferenciação a respeito do conteúdo para o qual se deve estar atento.

Na Psicanálise dita tradicional, escuta-se o que o paciente traz a respeito de suas vivências, experiências, porém, não só o conteúdo manifesto como também o material que o paciente não traz, ou o que faz parte de sua fantasia, das não representações, do que ele imagina que seja. Neste caso, o terapeuta faz suposições, hipóteses a respeito do que o paciente diz, de acordo com sua dinâmica de funcionamento.

No caso da Psicanálise das configurações vinculares, a escuta vai se dar para além do intrapsíquico, para a relação do vínculo familiar ou do casal, pois nesse tipo de psicoterapia, o paciente é o vínculo. Pode-se escutar, nesse tipo de análise o discurso desse vínculo, como uma cadeia associativa, onde um fala, o outro associa e o analista escuta como um relato conjunto.

Entrevistas iniciais

As entrevistas iniciais podem se dar em um período mais longo. Observa-se um processo de avaliação maior, para constatação de que é um encaminhamento familiar. Funciona como na avaliação de uma criança, que pode levar um pouco mais de tempo.

Sessão

A sessão em uma análise de orientação psicanalítica vincular possui uma hora de duração. Na psicoterapia ou análise de orientação

psicanalítica tradicional, tem-se um período de 50 minutos de duração. Fato que ocorre porque estar na presença requer, muitas vezes, um tempo maior de processamento do conteúdo trabalhado nesse período. Podendo ocorrer um maior impacto afetivo.

Em relação à sessão de família verifica-se que é fundamental que estejam presentes duas gerações ou, no caso dos casais, os dois integrantes devem estar presentes. O comparecimento de apenas o casal para a sessão familiar descaracteriza a sessão, a qual não é realizada, assim como só um integrante do casal para as sessões de casal também.

Tratamento

Na terapia vincular, por sua característica de enfocar as relações entre as pessoas, o fator preventivo torna-se ainda mais importante. O terapeuta auxiliará na elaboração de "imagens" gravadas no inconsciente, como um "agente de significações". Tais imagens são transmitidas em uma espécie de "negativo", objetos não transformados, elaborados, que são transmitidos de pais para filhos inconscientemente. A prevenção está justamente no fato de que tudo aquilo que a pessoa (ou família) elabora, não está deixando para que os filhos (ou outras gerações) dêem conta.

***

Freud (1919), em *O estranho*, aponta sobre a inquietação que o outro causa, o que tem de si no outro, no sentir algo que é ao mesmo tempo estranho e familiar, no grande desafio do reconhecimento de si como diferente do outro.

De forma muito rica, os teóricos da psicanálise descrevem a estruturação do Eu através do olhar do outro e a importância de ser reconhecido por meio deste olhar como alguém amado, importante e capaz. O olhar do outro que cuida, com todo seu investimento

libidinal e ternura, fundamentais ao bebê nas fases iniciais da vida, são fundamentais como citado em Ferenczi (1929) e Winnicott (1975).

Este reflexo no olhar do cuidador é o que a criança necessita e busca avidamente, segundo McDougall (1989), para ter refletido nos seus olhos tudo aquilo que ela representa e, por consequência, adquirir um sentido de existência, sendo um sujeito com um lugar e valor próprios.

Através do estudo da Psicanálise vincular, tendo como base e parâmetro a Psicanálise dita tradicional e do material analisado ao longo do estudo e prática clínica, pode-se verificar algumas transformações teórico-clínicas que beneficiam muito as pessoas em situações emocionais mais graves e também aquelas que têm deficiência.

Vemos mudanças em relação ao *setting*/enquadre, sessão e tratamento, ou seja, a Psicanálise, seja qual for, se apresenta como uma forma diferenciada de trabalho e faz-se extremamente importante e necessária a todos. Porém, ressalta-se a indicação, ainda maior, aos casais, famílias, grupos de pessoas com deficiência e cuidadores delas. Sabe-se o quanto casais, famílias, grupos e cuidadores apresentam dificuldades em lidar com pessoas com deficiência e tal aspecto estende-se às análises e analistas.

Outro aspecto muito relevante e que merece destaque é o vínculo. O entendimento a respeito do paciente, seja casal, família, grupo, vínculo parental, ou da pessoa, individualmente, é basicamente semelhante. Porém, na Psicanálise vincular tem-se o entendimento acerca do vínculo na presença. Toma-se o vínculo formado entre as pessoas como o paciente em tratamento. Se compreende para além de um membro isoladamente, na sua individualidade, no seu conteúdo intrassubjetivo, segundo suas representações e fantasias.

Os referenciais psicanalíticos são complementares. Tanto na Psicanálise dita tradicional, psicoterapia psicanalítica como na das

configurações vinculares há a valorização dos elementos inconscientes e a importância do outro para a constituição do *Eu*. Ambas proporcionam formas de tratamentos preventivos essenciais a todos.

Para a pessoa com deficiência e seu meio ambiente, a abordagem psicanalítica das configurações vinculares constitui-se em uma importante contribuição e rede de apoio à saúde mental de todos, assim como a Psicanálise individual. Cada vez mais se sabe dos efeitos e relações dos vínculos familiares na formação da personalidade do indivíduo e das consequências dos mesmos no dia a dia das pessoas. A compreensão dessa complementaridade psicanalítica é, em toda a sua abrangência, um importante e necessário avanço. Ferenczi já havia coordenado um comitê de apoio aos pacientes homossexuais. Foi um psicanalista à frente de seu tempo e que possibilitou um avanço na Psicanálise, assim como Winnicott (1975), ambos demarcando a importância de ir além do intrassubjetivo.

As pesquisas na área de interseccionalidade da Psicanálise com a inclusão são incipientes e devem ser realizadas nos seus mais diversos aspectos e nuances para uma progressiva solidificação e integração da Psicanálise para todos. Desta forma, a prática estará ainda mais embasada, proporcionando maior conhecimento e troca entre os profissionais e um consequente acréscimo de qualidade a quem mais importa, os pacientes. Sem exclusão. Pacientes com deficiências e seus cuidadores, assim como psicanalistas com deficiências, devem ser contemplados em suas necessidades e direitos.

Há o estatuto da pessoa com deficiência originado através da lei brasileira da inclusão de 2015. O Brasil é reconhecido internacionalmente por sua atuação no campo dos Direitos Humanos, na defesa de valores como dignidade e combate à discriminação. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela ONU em 13 de dezembro de 2006, em reunião da Assembleia Geral para comemorar o Dia Internacional dos Direitos Humanos, é

considerada um marco para muitos militantes da justiça e equidade sociais e para seu público destinatário. Em 1981, o Ano Internacional da Pessoa Deficiente também representou um divisor de águas, fazendo o Brasil avançar muito no atendimento às pessoas com deficiência. A psicanálise deve estar implicada nesse processo inclusivo, pois desde 1988, a Constituição Federal deseja garantir o princípio da dignidade humana.

Todo estudo evidencia limitações e a necessidade de que seja revisado e transformado conforme sua época e cultura no qual se desenvolve. As teorias são constantemente repensadas, justamente para que não se transformem em dogmas, doutrinas, principalmente no que tange à complexidade humana. Sugere-se que sejam realizadas pesquisas a respeito da relação entre psicanálise e deficiência, tanto no que se refere ao lugar de fala do sujeito que se analisa, do próprio analista quanto ao seu aporte teórico e técnico. Pesquisas que possam comprovar o quanto a psicanálise consegue estar implicada nesse encontro com o outro que difere da expectativa de um padrão corpo normativo.

Pensa-se que o melhor paradigma para contemplar os direitos da pessoa é o modelo biopsicossocial, uma vez que defende-se a necessidade de repensar o que as áreas psicológicas estão fazendo para implementá-lo. E aqui busca-se evidenciar o quanto a psicanálise pode auxiliar nesse processo, tanto para o melhor desenvolvimento individual como para o melhor desenvolvimento do meio ambiente no qual as pessoas estão inseridas.

Referências

Berenstein, I. (2001). *El sujeto y el outro: de la ausencia a la presencia*. Buenos Aires: Paidós.

Berenstein, I., & Puget, J. (1997). *Clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Berenstein, I., & Puget, J. (1994). *Psicanálise do casal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Berenstein, I., & Puget, J. (1993). *Psicanálise do casal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bernard, M. (1991). *Introducción a la lectura de la obra de René Kaës*. Buenos Aires: AAPPG.

Bion, W. R. (1983). *Transformações: Mudança do aprendizado ao crescimento*. Rio de Janeiro: Imago.

Corrêa, O. (1998). Eclosão dos vínculos genealógicos e transmissão psíquica pulsional. *Revista de Psicanálise*, 114. Escuta: São Paulo.

Diniz, D. (2021). *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense.

Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. São Paulo: Artes Médicas.

Fadiman, J., & Frager, R. (1986). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Harbra.

Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique*. New York: The Psychoanalytic Quarterly INC.

Ferenczi, S. (1929). *A criança mal acolhida e sua pulsão de morte*. São Paulo: Martins Fontes.

Franco Filho, O. M. (1994). *Pode-se trabalhar psicanaliticamente com grupos*. São Paulo: Vinculum.

Freud, S. (1905). *Fragmentos de um caso de histeria*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1912). *Totem e tabu*. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1914). *Introdução ao Narcisismo*. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1919). *O estranho*. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago.

Garma, A. (1984). *A psicanálise: teoria, clínica e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Greenson, R. (1981). *A técnica e a prática da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

Laplanche, J., & Pontalis. (1998). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Mahler, M. (1982). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Rio de Janeiro: Zahar.

McDougall, J. (1989). *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Menninger, K., & Holzman, P. (1982). *Teoria da técnica psicanalítica.* Rio de Janeiro: Zahar.

Nubila, H., & Buchalla, C. (2008). O papel das Classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasil Epidemiol*, 11(2), p. 324-335.

Pedroso, T. L. (1991). *Grupo terapêutico como espaço transicional. Donald Winnicott: Estudos.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1986). *O paciente e o analista: fundamentos do processo psicanalítico.* Rio de Janeiro: Imago.

Segal, H. (1964). *Introduction to the work of Melanie Klein.* London: Wm. Heinemann Ltd.

Stolorow, R., & Lachmann, F. (1983). *Psicanálise das paradas do desenvolvimento: teoria e tratamento.* São Paulo: Imago.

Telles, J. S. S. *Terapia psicanalítica de família: um importante campo a ser estudado.* Escrito e capturado em 2001, online.

Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Zimerman, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

CAPÍTULO 13

O ensino médio integrado a partir da perspectiva inclusiva com enfoque em estudantes com deficiência

Gabrielli Ornellas Schramm

A inclusão social é um dos elementos centrais presentes nos fundamentos da proposta político-pedagógica da Rede de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (Rede Federal). Esta, instituída em 2008, percorreu um período de expansão e interiorização que trouxe importantes mudanças para a educação profissional e tecnológica, dentre as quais a preocupação em alcançar grupos populacionais que estiveram à margem da educação formal, como é o caso das pessoas com deficiência. A expansão assume "o ideário da educação como direito e da afirmação de um projeto societário que corrobore uma inclusão social emancipatória" (Brasil, 2010b, p. 14). Nesse sentido, Pacheco (2011) escreve que "O conceito de inclusão tem de estar vinculado ao de emancipação, quando se constroem também os princípios básicos da cidadania como consciência, organização e mobilização. Ou seja, a transformação do educando em sujeito da história" (p. 10).

Para tanto, o ensino médio integrado (EMI) é referido por Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005) como "possível e necessário" numa realidade em que é preciso se profissionalizar precocemente, oportunizando através da politecnia (Saviani, 2003) e da formação de cultura geral (Gramsci, 2000), o preparo para o mundo do trabalho e a continuidade da vida acadêmica em outros níveis de ensino.

A inclusão guarda relação estreita com o currículo. Corroborando diversos dispositivos legais que tratam da inclusão educacional da

pessoa com deficiência, as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais (DCNs) para a Educação Profissional e Tecnológica possui, dentre seus princípios norteadores, aquele que prevê a observância às necessidades específicas de pessoas com deficiência, Transtorno do Espectro Autista e altas habilidades ou superdotação (Brasil, 2021), estes que compõem o Público-Alvo da Educação Especial (Brasil, 2008), o PAEE, a fim de possibilitar-lhes condições equânimes de participação plena e efetiva no processo educacional e na sociedade.

Ainda para falar da inclusão, evoca-se o conceito de escola de qualidade, descrito por Mantoan (2003) como um espaço educativo onde personalidades humanas autônomas e críticas são construídas, de modo que os alunos são ensinados "a valorizar a diferença pela convivência com seus pares, pelo exemplo dos professores, pelo ensino ministrado nas salas de aula, pelo clima sócio-afetivo das relações estabelecidas em toda a comunidade escolar" (Mantoan, 2003, p. 35). De acordo com Carpintero e Almeida (Brasil, 2013b, p. 14), "para um espaço escolar tornar-se espaço educativo, faz-se necessário que seus componentes materiais sejam adequados à proposta pedagógica" e "que os funcionários se assumam como educadores em sua plenitude (...) no desenvolvimento de suas funções técnicas, que, assim, se transformam em pedagógicas e educativas" (p. 14).

Essas considerações ajudam na compreensão de que para a inclusão acontecer é preciso implementar um projeto de escola que acolha a todos e de qualidade. No caso do ensino médio integrado, também deve observar as peculiaridades inerentes a esta formação, que podem implicar em desafios adicionais quando se trata da participação de estudantes com necessidades específicas, dentre os quais as pessoas com deficiência. Assim sendo, na perspectiva da educação inclusiva, a educação especial constitui a proposta pedagógica da escola (Brasil, 2008). Isto leva a pensar que tal perspectiva precisa

estar contemplada no Projeto Político-Pedagógico (PPP), tendo em vista que:

> O Projeto Político Pedagógico (PPP) define a ambição da escola. É, ao mesmo tempo, processo e produto, porque, com base no ponto de partida, sinaliza o caminho a ser percorrido e aonde se chegará, em uma jornada diferente da de Cristóvão Colombo. Esse planejamento tem a intencionalidade de orientar o funcionamento e a organização da escola para conquistar a Educação almejada de acordo com o contexto no qual está inserida, expresso no item "Caracterização da comunidade".
> A escola, ao elaborar o PPP, afirma sua identidade e revela sua organização, suas metas e seus planos a toda a comunidade, o que possibilita avanços e construção de métodos para se relacionar e articular com o entorno. (CEDAC, 2016, p. 6-7)

Alguns dos mecanismos capazes de favorecer a educação especial na perspectiva inclusiva são os serviços de apoio especializados, denominados como atendimento educacional especializado (AEE), este que compreende o "conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos organizados institucional e continuamente" nas formas complementar ou suplementar (Brasil, 2011, Art. 2º). O AEE, inserindo-se na escola regular ou somando-se a essa, colabora na eliminação de barreiras, descritas na Lei Brasileira de Inclusão como:

> qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros. (Brasil, 2015, Art. 3º, III)

Ademais, quando se trata da permanência de estudantes com deficiência na escola, Sommer (2020) diz ser preciso um olhar holístico e que abranja as múltiplas dimensões da permanência, que podem ser, a partir do que Santos (2009, citado por Sommer,

2020) elenca, organizadas em duas categorias: a material e a simbólica. Sommer (2020) entende que a primeira, relacionada às condições materiais para o estudante prosseguir em seus estudos, "corresponde à oferta de serviços e de recursos de acessibilidade que eliminem as barreiras" (p. 103). E quanto à segunda, onde estão as interações sociais, está "repleta de valores simbólicos, construídos ao longo dos anos e permeados por questões históricas, sociais, pessoais" (p. 107).

Vale ressaltar que o termo "pessoa com deficiência" foi o escolhido para figurar na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, um marco mundial e importante referência no tema da inclusão. Martins (2008) evidencia a importância desse termo quando comenta, por exemplo, que "a pessoa, antes de sua deficiência, é o principal foco a ser observado e valorizado" (p. 28) e irá gerir a própria vida ainda que sua deficiência imponha limites.

No âmbito dos institutos federais, o NAPNE corresponde ao núcleo de acessibilidade previsto no Decreto 7.611, que dispõe sobre a educação especial, o AEE, entre outras providências (Brasil, 2011). O NAPNE surgiu no contexto do Programa Ação, Educação, Tecnologia e Profissionalização para Pessoas com Necessidades Educacionais Especiais (TEC NEP), uma política inclusiva formulada nos anos 2000 para articular Educação Especial e Educação Profissional (Anjos, 2006; Nunes, 2012; Nascimento & Faria, 2013, citado por Oliveira & Delou, 2020). Disso resultam múltiplas atribuições, que fazem este setor se destacar significativamente quando se trata de inclusão, favorecendo a pregnância.

Sommer (2020) pega de empréstimo o conceito de pregnância ambiental proposto por Jesus (2007, citado por Sommer, 2020) quando este se refere à permanência de estudantes negros no ensino superior e diz que:

> Considera-se que tal conceito de pregnância é essencial para ser aplicado em ações educacionais que envolvam qualquer público que se distancia do "normal" convencionado ao longo dos anos como referência de um padrão social. Logo, quando se dialoga acerca da inclusão das pessoas com deficiência no ensino regular, as escolas carecem impregnar no seu cotidiano, ações pedagógicas que sejam referenciadas no contexto da diversidade, planejadas percebendo e englobando as necessidades do público-alvo da educação especial. Jesus (2007) discorre que a intencionalidade das práticas escolares está diretamente ligada à pregnância, a qual se revela na capilaridade das questões-chaves na teoria, na prática, nas relações. (Sommer, 2020, p. 113)

As ações pedagógicas referenciadas no contexto da diversidade e realizadas com intencionalidade no cotidiano escolar decorrem, por exemplo, do reconhecimento ao direito linguístico de pessoas com deficiências auditiva e visual. Nesse sentido, é possível citar as Libras e o Braille. O reconhecimento das Libras como um meio legal de comunicação e expressão foi possível devido ao Decreto nº 5.626/2005, cujo teor continha estratégias de difusão da língua e a garantia de comunicação das pessoas surdas (Brasil, 2005). As convenções Braille para uso na leitura e escrita de cegos foram tornadas oficiais e de uso obrigatório em todo o território nacional através da Lei nº 4.169/1962 (Brasil, 1962). Por tal contexto, dois profissionais se destacam: o Tradutor-Intérprete de Libras/Português (TILSP) e o Revisor/Transcritor de Texto em Braille. Neste trabalho, optou-se por usar a sigla TILSP pois é assim que se encontra nos documentos institucionais analisados, no entanto as publicações utilizadas como referenciais teóricos os apresentam como TILS. Quanto ao profissional responsável por revisão e transcrição de textos em Braille, ainda não há regulamentação da profissão no Brasil, não tendo sido encontrados escritos robustos sobre a mesma.

Especificamente quanto à atuação dos TILSP, Santos, Grillo e Dutra (2010) dizem que:

> A falta de conhecimento da equipe pedagógica da escola sobre o papel do TILS faz com que alguns equívocos aconteçam. Às vezes lhes é delegado o papel de professor dos alunos surdos, quando deveria ser visto apenas como instrumento de comunicação. (p. 10)

Por sua vez, Quadros (2004) afirma que:

> Muitas vezes, o papel do intérprete em sala de aula acaba sendo confundido com o papel do professor. Os alunos dirigem questões diretamente ao intérprete, comentam e travam discussões em relação aos tópicos abordados com o intérprete e não com o professor. O próprio professor delega ao intérprete a responsabilidade de assumir o ensino dos conteúdos desenvolvidos em aula ao intérprete. Muitas vezes, o professor consulta o intérprete a respeito do desenvolvimento do aluno surdo, como sendo ele a pessoa mais indicada a dar um parecer a respeito. (p. 60)

Ante ao exposto, considera-se que a atuação dos TILSP é desafiadora. No Brasil, essa profissão é regulamentada pela Lei nº 12.319/2010, que prevê que "o intérprete deve exercer sua profissão com rigor técnico, zelando pelos valores éticos a ela inerentes, pelo respeito à pessoa humana e à cultura do surdo" (Brasil, 2010a). Assim, o papel dos TILSP fará sentido quando se tratar de pessoas cuja comunicação e expressão seja por meio das Libras e, ao servirem de interlocutores na comunicação entre surdos e ouvintes, os TILSP não apenas transpõem de uma língua para outra o que está sendo dito, pois:

> Para assegurar uma participação adequada dos surdos nesses diversos espaços sociais, o TILS precisa ter uma formação que implique reflexões sobre as especificidades surdas, que envolvem a língua e a cultura surdas; os conhecimentos da área onde pretende atuar e uma atitude ética, responsável e compromissada. Uma interpretação deficiente ou insuficiente pode causar prejuízos sérios aos surdos. (Dorziat & Araújo, 2012, p. 394)

Assim como não se pode confundir o papel do Tradutor-Intérprete com o do docente de sala de aula, o que compete aos docentes de Atendimento Educacional Especializado difere das atribuições dos docentes do ensino comum.

O Plano de Atendimento Educacional Especializado (Plano de AEE), de acordo com a Nota Técnica MEC/SECADI/DPEE nº 04/2014, é o documento que comprova que a escola a reconhece institucionalmente e assegura ao atendimento de suas especificidades educacionais (Brasil, 2014). Considerações sobre este documento foram feitas na resolução que instituiu as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, na modalidade Educação Especial, estipulando que sua elaboração e execução são de competência dos professores que atuam na Sala de Recursos Multifuncionais (SRM) ou centros de AEE, em articulação com os demais professores do ensino regular e com a participação das famílias (Brasil, 2009, p. 2).

Silva e Camargo (2021) apontam que frequentemente o Planejamento Educacional Individualizado (PEI) é considerado um sinônimo de Plano do AEE. Alguns dos estudos revisados pelas autoras tendem a estabelecer o foco no Plano do AEE na instituição e do PEI no processo de aprendizagem do estudante. Não obstante, as autoras concluem a necessidade de uma análise minuciosa da legislação brasileira que permita esclarecer se ainda não há nada que sustente o PEI como obrigatório nas escolas, carecendo-se também de estudos mais aprofundados para inferir sua eficácia destarte já ser amplamente utilizado em outros países.

Estes instrumentos são importantes para o planejamento, acompanhamento e execução de objetivos, metas e estratégias relacionados ao processo de ensino-aprendizagem dos estudantes com necessidades específicas, onde o laudo médico fará parte das informações relevantes para o caso, mas não é obrigatório para a matrícula no

AEE. Essa possibilidade de atendimento educacional especializado sem laudo ou diagnóstico prévio está prevista na Nota Técnica MEC/SECADI/DPEE nº 04/2014:

> Neste liame não se pode considerar imprescindível a apresentação de laudo médico (diagnóstico clínico) por parte do aluno com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação, uma vez que o AEE caracteriza-se por atendimento pedagógico e não clínico. Durante o estudo de caso, primeira etapa da elaboração do Plano de AEE, se for necessário, o professor do AEE, poderá articular-se com profissionais da área da saúde, tornando-se o laudo médico, neste caso, um documento anexo ao Plano de AEE. Por isso, não se trata de documento obrigatório, mas, complementar, quando a escola julgar necessário. O importante é que o direito das pessoas com deficiência à educação não poderá ser cerceado pela exigência de laudo médico. (Brasil, 2014)

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil, 1996) preconiza que os sistemas de ensino também devem assegurar a Terminalidade Específica para os estudantes que, após todas as adaptações e recursos possíveis, não alcançaram o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental. Este entendimento foi ampliado para aplicação aos estudantes dos cursos técnicos de nível médio desenvolvidos nas formas integrada, concomitante, subsequente, bem como na modalidade de Educação de Jovens e Adultos a partir do Parecer CNE/CEB nº 02/2013 (Brasil, 2013a). Trata-se de um "recurso de flexibilização curricular que possibilita o registro e o reconhecimento de trajetórias escolares que ocorrem de forma específica e diferenciada do previsto no curso" (Brasil, 2013a, p. 3). A terminalidade específica, contudo, só é permitida aos estudantes com graves deficiências intelectual ou múltiplas (Brasil, 2001).

O estudo realizado por Oliveira e Delou (2020) no âmbito dos institutos federais mostra que aplicar a TE não é simples:

> A inexistência de uma orientação clara sobre a prática da TE, a falta de debates sobre o tema nos espaços de ensino e a ocorrência de poucas discussões nas produções acadêmicas (Iacono & Mori, 2004; Lima, 2009; Elias et al., 2012; Silva, 2016; Milanesi & Mendes, 2016; Pertile & Mori, 2018; Santos, 2019; Silva & Pavão, 2019) mostram que muitas escolas têm certificado a conclusão da etapa escolar de estudantes público da EE mesmo sem o desenvolvimento mínimo das habilidades e competências requeridas, ora certificando com TE, ora concedendo o certificado de conclusão não diferenciado.
>
> (...)
>
> Aos IFs implica maior responsabilidade ao processo de certificação por terem a atribuição de reconhecer as aptidões de um profissional que foi capacitado para ingressar no trabalho, ou minimamente preparado para exercer uma profissão de acordo com os Projetos Pedagógicos dos Cursos, amparados em documentações específicas de cursos de formação técnica e profissional no Brasil (Brasil, 2014; 2016; 2020).
>
> (...)
>
> Assim, na falta de uma orientação clara e objetiva sobre os encaminhamentos e de consenso em relação à TE, os IFs fazem o que é possível para atender os estudantes-público da EE dentro do princípio da razoabilidade (Brasil, 2015), conforme observa-se em registros de experiências inclusivas de IFs (Santos & Ponciano, 2019; Perovano, 2019), seja organizando núcleos de apoio da EE, seja realizando adaptações pedagógicas e/ou flexibilizando currículos e prazos. (Oliveira & Delou, 2020, p. 5-8)

A certificação por terminalidade específica é, portanto, outro ponto ao qual os institutos federais precisam se ocupar em refletir diante do engajamento em implementar uma proposta pedagógica inclusiva, oportunizando, mesmo para os casos mais graves, observando-se suas especificidades, uma formação integral e integrada.

Tendo em vista o exposto, a seleção e análise dos dados buscaram nos documentos institucionais evidências capazes de responder a pergunta norteadora. Ou seja, a partir do amparo de documentos, como um dos campi de um Instituto Federal localizado na Bahia está preparado para atender aos estudantes com deficiência.

Inclusão de estudantes com deficiência nos documentos do Instituto Federal

Nesta categoria foram incluídos documentos disponíveis no sítio institucional do Instituto Federal pesquisado, percorrendo-se o caminho "Acesso à informação" e em seguida "Base jurídica da estrutura organizacional e das competências". Foram escolhidos para compor esta categoria os documentos conforme apresentados e organizados na tabela abaixo em ordem cronológica de publicação. Posteriormente, os dados encontrados foram apresentados de forma mais detalhada.

Tabela 1 – Documentos institucionais selecionados para análise

Documento	Teor
Resolução nº 12/2012	Política de Diversidade e Inclusão
Resolução nº 18/2015	Política de Qualidade de Ensino
Resolução nº 01/2019	Política de Assistência Estudantil
Resolução nº 03/2019	Regimento do NAPNE
Resolução nº 19/2019	Regulamento do AEE
Resolução nº 53/2019	Organização Didática dos Cursos da EPTNM
Resolução nº 92/2020	Normatização das Atividades dos Tradutores e Intérpretes de Libras/Português – TILSP
Resolução nº 117/2021	Plano de Desenvolvimento Institucional 2021 – 2025

A Política da Diversidade e Inclusão do Instituto Federal pesquisado, aprovada em 2012, aparece alinhada à legislação brasileira

e fundamentando-se em diversas prerrogativas legais como a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI) e a Convenção Internacional sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, evidenciando que a inclusão tem sido pauta recorrente nacional e internacionalmente em observância aos Direitos Humanos. Portanto, pela influência desta Política, ramificando-se em diversos programas e suas respectivas atribuições, bem como pelo impacto das políticas públicas, a análise documental mostrou que a instituição tem estado atenta aos aspectos legais envolvendo o tema, ratificando em seus documentos elementos trazidos pelas leis.

A Política de Diversidade e Inclusão cita expressamente as questões da pessoa com deficiência como aquelas que, dentre outras, devem estar abrangidas "no cotidiano das ações pedagógicas, científicas e extensionistas, com vistas à formação de valores ético-humanísticos, voltados à consolidação de uma sociedade mais justa e solidária" (Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia [IF Baiano], 2012, p. 6).

Destaca-se o trecho onde se afirma que "Compreende-se a necessidade da transformação cultural na formação técnica e tecnológica, e que a cultura inclusiva demanda mudanças de atitude de gestores(as), servidores(as), estudantes e de toda a comunidade do IF Baiano" (IF Baiano, 2012, p. 10).

Assim, este documento representa um marco na instituição para a implementação de outros dispositivos internos que possam contribuir na construção de um espaço escolar inclusivo, de forma a passar necessariamente pelo envolvimento de toda a comunidade escolar, demandando ações pedagógicas e institucionais que visem impregnar a inclusão na cultura escolar, o que poderá se dar através da operacionalização de diretrizes elencadas: a implantação em cada

campus do Núcleo de Atendimento às Pessoas com Necessidades Educacionais Específicas (NAPNE), a garantia de profissionais especializados para o atendimento de pessoas com necessidades específicas, a garantia de cotas em todos os processos seletivos para pessoas com deficiência e outros, formação de servidores(as), discentes e da comunidade de cada campus acerca de educação inclusiva e diversidade (IF Baiano, 2012).

Apesar do amplo escopo de atividades do NAPNE, tão importante quanto sua atuação é o suporte da gestão para que esta possa ser viabilizada, sendo isto o que se exprime de seu regimento quando lido que a instituição deve promover as condições necessárias para sua atuação. A reitoria e os campi devem disponibilizar a infraestrutura necessária para a instalação do núcleo, para seu suporte administrativo e para o apoio ao desenvolvimento de suas atividades, incluindo uma sala específica, acessível e adequada para o trabalho, denominada de Sala de Recursos Multifuncionais (SRM).

O NAPNE atua como um importante fomentador de ações pedagógicas e institucionais inclusivas. Em seu regimento, a natureza desse núcleo é descrita como propositiva, consultiva e executiva (IF Baiano, 2019b, Art. 1º parágrafo único) e especifica quem compõe seu público-alvo:

> Art. 2º Considerar-se-ão público-alvo do NAPNE as pessoas cujas necessidades específicas se originem em função de deficiência, de transtornos globais do desenvolvimento, de altas habilidades/superdotação, de transtornos funcionais específicos (dislexia, disortografia, disgrafia, discalculia, transtorno de atenção, transtorno de hiperatividade, transtorno de atenção hiperatividade, dentre outros) e as pessoas com mobilidade reduzida, conforme legislação vigente. (IF Baiano, 2019b)

A ampla atuação do NAPNE vai se dar no âmbito do PAPNE, um dos programas derivados da Política da Diversidade e Inclusão. Ressalta-se no programa que falar em diversidade e inclusão vai além

do público da educação especial. Além disso, explicita que ações nessa perspectiva perpassam do direito à matrícula, passando pelo direito à garantia de permanência e de êxito no percurso formativo. Seus objetivos visam assegurar o AEE na complementação curricular, utilizando-se tecnologias assistivas, a adequação de técnicas, estratégias, materiais e currículo às necessidades específicas do estudante e a acessibilidade. De forma explícita, em relação aos estudantes com deficiência auditiva, afirma que:

> É função também do PAPNE observar o que preconizam a Lei nº 12.319 e do Decreto nº 5.626/2005 no que se refere ao atendimento às/aos estudantes com deficiência auditiva no campo da Língua Brasileira de Sinais – Libras, há a garantia de se ter em cada espaço educativo tradutor(a)/intérprete; a disciplina Libras nos cursos de licenciatura e a formação de recursos humanos na área. (IF Baiano, 2012, p. 17)

Observa-se que o texto traz a expressão "espaço educativo". Assim, além de reafirmar a inclusão como parte de sua proposta pedagógica, a instituição compreende o tradutor-intérprete também como educador. Além disso, esse trecho alude ao investimento no ensino de Libras em cursos de formação de professores e de tradutores-intérpretes.

A Resolução nº 92/2020 trata da normatização das atividades desses profissionais no Instituto Federal pesquisado, sendo uma de suas finalidades o de assegurar o direito linguístico e a acessibilidade das pessoas surdas no ensino básico e superior (IF Baiano, 2020b). O documento traz previsões quanto aos tempos mínimos que o profissional necessita para ser demandado. Além de prever que as pautas sejam apresentadas com antecedência. Tais atitudes facilitam para o profissional não apenas organizar a sua rotina, como também pesquisar e revisar termos ou expressões que são particulares de uma temática, bem como zelar pela interpretação atenta aos aspectos culturais e sociais que distinguem as línguas.

O desafio destes profissionais também está em ter respeitados os limites de sua atuação, pois, apesar de educadores, não devem ser confundidos com os docentes em sala de aula. Nesse sentido, a normatização das atividades dos TILSP elenca o que não os compete. Assim, o artigo 8º da Normatização das Atividades dos TILSP estabelece que:

> Art. 8º Não compete aos Tradutores Intérpretes de Libras/Português: I – substituir o docente para o ensino de componentes curriculares, incluindo Libras, ou criar e adaptar materiais para as aulas; II – substituir as funções docentes dentro da sala de aula; III – reproduzir fora da sala de aula os conteúdos ensinados pelos docentes; IV – interferir ou complementar os conteúdos que são ministrados em sala de aula; V – responder dúvidas dos discentes surdos. Nesse caso as dúvidas serão encaminhadas ao professor regente, que as responderá; VI – copiar, produzir ou reproduzir material escolar para os discentes. (IF Baiano, 2020b)

A Organização Didática (OD) dos Cursos da Educação Profissional Técnica de Nível Médio (EPTNM) da instituição estudada, aprovada pela Resolução nº 53/2019, também apresenta pontos importantes relacionados à inclusão do estudante com deficiência no processo ensino-aprendizagem. A OD é um documento normativo que orienta e rege os procedimentos didáticos, pedagógicos e administrativos referentes à EPTNM na instituição.

O texto da OD faz diferenciação entre PAEE e pessoas com necessidades específicas, pois sempre que os menciona utiliza o conectivo "ou". Esta diferenciação é importante para demarcar o público atendido pelo AEE, conforme descrito em seu regulamento e corroborando a legislação. Observa-se que essa divisão entre um público e outro inexiste no regimento do NAPNE, o qual inclui o PAEE no rol de pessoas com necessidades específicas. Portanto, o AEE faz parte do NAPNE. Assim, a OD também afirma que o atendimento

ao estudante do PAEE ou com necessidades específicas deve ser feito em parceria entre docentes e o NAPNE.

O regulamento do AEE prevê atendimento mesmo nos casos de estudantes sem laudo ou diagnóstico prévio. Nesse caso, explica que o estudante precisaria passar por uma avaliação pedagógica na escola após ter sido encaminhado por docente ou outro profissional da instituição ou após ter sido solicitado no NAPNE pelo próprio estudante ou seu responsável o AEE. Ainda em consonância com as políticas que versam sobre a educação especial, o regulamento diz que este deve estar previsto no PPP de cada campus.

O regulamento do AEE define dois instrumentos no planejamento e acompanhamento do estudante atendido, mas apenas os caracteriza sem prestar maiores esclarecimentos sobre sua utilização:

> Art. 7º O Planejamento Educacional Individualizado (PEI) é um documento que prevê o planejamento particularizado, caso a caso, em relação aos tipos de suporte, de adaptações, de serviços e de recursos necessários para a escolarização, definindo como será organizado o processo educacional do estudante PAEE. Deve acolher as necessidades de cada estudante atendido, de forma a superar ou a compensar as barreiras evidenciadas, tanto no âmbito da instituição de ensino quanto em outras instâncias, tais como saúde, família, comunidade, assistência social, entre outras.
> (...)
> Art. 8º O Plano de Atendimento Educacional Especializado (Plano de AEE) é um documento elaborado pelo docente dessa área específica, contando com o apoio da equipe do NAPNE e tendo por objetivo registrar os dados das avaliações pedagógicas do estudante, o plano de intervenção pedagógica especializada e a sua evolução do processo de aprendizagem. (IF Baiano, 2019c, Arts. 7º e 8º)

Nos documentos analisados, viu-se referência ao Plano de AEE apenas no regulamento do AEE. Diferentemente, na OD faz-se referência apenas ao PEI ao afirmar que "No PPC deverá constar a obrigatoriedade do Planejamento Educacional Individualizado

(PEI) para o(a) estudante PAEE ou com necessidades específicas, a ser realizada pela equipe multiprofissional" (IF Baiano, 2019d, p. 6).

A ausência de explicações mais detalhadas sobre o uso do Plano de AEE não permite inferir os motivos que levam a OD não mencionar este instrumento nem permite afirmar taxativamente que nesse documento o PEI foi considerado sinônimo.

O regulamento do AEE também faz previsão quanto à TE para estudantes da PAEE com deficiências graves e/ou múltiplas que não atingiram, após esgotados todos os recursos, o nível exigido para a conclusão do curso, e quanto à aceleração dos estudos para estudantes com alto nível de aproveitamento. Assim, o tempo de duração do curso pode ser expandido ou acelerado conforme avaliação de cada caso feita por uma equipe multidisciplinar (IF Baiano, 2019c, Art. 3º parágrafo único).

Outro dispositivo institucional que fortalece a ideia de pregnância da perspectiva inclusiva na educação é a Política de Qualidade de Ensino, apresentada na Resolução nº 18/2015, afirmando-se que, ao se tratar de qualidade de ensino, devem ser consideradas a diversidade e heterogeneidade acadêmica e social presente no público-alvo dos institutos federais, de modo que se relembra ser a educação de qualidade um direito de todo cidadão conforme garante a Constituição de 1988 e a LDBEN. Com isso, o documento afirma que:

> essa Política propõe a interlocução entre diferentes variáveis que interferem diretamente na qualidade do ensino, a saber: gestão administrativa e pedagógica, formação de professores(as), práticas pedagógicas e infraestrutura. E será orientada pelos seguintes princípios: gestão compartilhada e participativa, respeito à diversidade, inclusão, cooperação, formação cidadã e compromisso social. (IF Baiano, 2015, p. 7-8)

A inclusão na Política de Qualidade de Ensino é referida de modo genérico, não diferente do que acontece na Política

de Assistência Estudantil, aprovada pela Resolução nº 01/2019, como é possível observar nos princípios e diretrizes que a fundamentam:

> I – direito ao ensino público, gratuito, laico e de qualidade; II – promoção da inclusão por meio da educação; III – igualdade de condições e equidade no acesso, permanência e êxito no percurso formativo, isento de quaisquer discriminações; IV – respeito à dignidade do sujeito, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência acadêmica e comunitária. (IF Baiano, 2019a, Art. 2º)

Essa observação também pode ser feita nos objetivos:

> I – ampliar as possibilidades para o acesso, contribuindo para a promoção da inclusão social pela educação; II – propiciar a igualdade de oportunidades entre todos(as) os(as) estudantes matriculados(as) no IF Baiano; III – contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico dos(as) estudantes, a partir de medidas que busquem minimizar situações de retenção e evasão. (IF Baiano, 2019a, Art. 4º)

Os trechos que aludem à inclusão também aparecem em sua maior parte de forma genérica na Resolução nº 117/2021, que se refere ao Plano de Desenvolvimento Institucional 2021-2025 (PDI). Este menciona que, a partir de seu processo de elaboração, foi possível perceber, dentre outros motivos, que "uma instituição pública de ensino é fortalecida pelo seu caráter de diversidade, pela forma com que o nosso IF Baiano luta pela inclusão das pessoas com deficiência" (IF Baiano, 2021a, p. 24) e também afirma o fortalecimento da política de diversidade e inclusão como um dos eixos na instituição conduzidos através da criação de estratégias e processos dinâmicos" (p. 25).

A implementação de políticas afirmativas e de inclusão com a assistência estudantil e a acessibilidade é citada como um dos elementos propiciados na instituição. Dentre os valores institucionais está o de compromisso social, que inclui a promoção da inclusão.

Fala-se também em compromisso social e pedagógico da instituição com um currículo emancipador e inclusivo, além de citar diversas leis que servem de base para a construção do currículo, dentre as quais as DCNs e a PNEEPEI. Cita a inclusão como um dos elementos constitutivos da amálgama social brasileira, de modo que o compromisso pedagógico da instituição inclui levar o estudante a ter consciência complexa a respeito disso.

O PDI contempla a diversidade e inclusão como um dos princípios fundamentais da proposta pedagógica institucional. E dentro do que tange ao compromisso político e social de formar integralmente seus estudantes menciona a Política de Diversidade e Inclusão, de Assistência Estudantil e de Qualidade de Ensino, por exemplo.

Referindo-se às diretrizes para a EPTNM no IF Baiano, a resolução menciona "viabilizar as condições de permanência e de êxito, por meio da valorização e do respeito às necessidades específicas" (IF Baiano, 2021a, p. 60), entre outras.

O PDI elenca os programas de diversidade e inclusão, de ações afirmativas e de inclusão digital como um de seus três eixos temáticos. Assim, cita a implantação da Política de Diversidade e Inclusão no ano de 2012 e destaca a existência do PAPNE, executado pelo NAPNE. E diz:

> O IF Baiano, ao vislumbrar a oferta de uma educação profissional técnica numa perspectiva inclusiva, tem como desafio a ressignificação das práticas, de modo a buscar caminhos para sanar as barreiras arquitetônicas e atitudinais existentes no contexto da instituição. Para tanto, deve-se garantir a articulação permanente entre a Assessoria de Diversidade e Inclusão e seus núcleos; a promoção de capacitação para toda a comunidade escolar, com vistas à ampla informação e à sensibilização para as questões das diversidades e da inclusão; o acompanhamento profissional adequado aos(às) discentes público da educação especial e aos(às) discentes com necessidades específicas; a implementação e a organização do NAPNE, de seus espaços e

> de seus recursos, para o atendimento educacional especializado, bem como a implementação e a organização dos demais núcleos para atendimento às diversidades. (IF Baiano, 2021a, p. 74-75)

É curiosa a especificação que o texto do PDI faz quando cita expressamente apenas as barreiras arquitetônicas e atitudinais. Decerto estas, pelo que se pode inferir, abrangem todos os tipos, inclusive aquelas. Mas a sutileza dessa cisão, embora se dilua no parágrafo posterior, esconde que também a acessibilidade arquitetônica suprime barreiras que não somente as físicas, conforme se pode visualizar na normatização trazida pela NBR 9050/15 a respeito de todos os parâmetros de promoção da acessibilidade em prédios públicos e privados, não se restringindo apenas aos espaços físicos, suas estruturas, equipamentos e mobiliários, mas também ao que corresponde à comunicação visual, sonora e tátil, propiciando maior autonomia e inclusão dos sujeitos.

O PDI lista objetivos estratégicos, dentre os quais está o de "Fortalecer e ampliar as políticas inclusivas e afirmativas" (IF Baiano, 2021a, p. 94). Nesse sentido, foram elencadas seis iniciativas estratégicas associadas a esse objetivo:

> 1) Prover atendimento especializado adequado às pessoas com deficiência; 2) Garantir a execução da política de acessibilidade e de inclusão; 3) Aperfeiçoar o auxílio estudantil; 4) Garantir condições de permanência e de êxito; 5) Aperfeiçoar o atendimento especializado e multidisciplinar; 6) Desenvolver estratégias e práticas, na perspectiva da educação inclusiva, que maximizem o acesso, a permanência e o êxito dos(as) discentes com deficiência nos cursos de graduação. (IF Baiano, 2021a, p. 94)

Este PDI costura e põe em evidência o que as políticas institucionais previamente existentes já traziam em alusão à inclusão. Perseguir suas metas, prioridades e estratégias poderá contribuir para transformar a cultura e fortalecer o compromisso social da instituição num viés mais inclusivo. Nesse sentido, é esperado que os PPCs

também estejam alinhados a ele, haja vista que o Projeto Político-Pedagógico Institucional (PPPI) faz parte do PDI, orientando as diretrizes, políticas, programas e projetos que visam ao desenvolvimento pedagógico institucional e às elaborações, alterações e reformulações dos PPCs.

O PPPI se trata de "um instrumento de gestão acadêmica, que expressa as concepções teórico-metodológica, política e filosófica da comunidade acadêmica, considerando o contexto local, regional e nacional" (IF Baiano, 2021a, p. 46). Portanto, o PPPI tem caráter abrangente e serve de referência primordial aos PPCs, no entanto a sua existência não deve se confundir com a do PPP de cada campus, pois cada unidade de ensino terá suas particularidades. Todavia, conforme estabelecido numa das diretrizes da EPTNM do Instituto Federal em questão, é preciso que haja alinhamento entre os PPPs, as concepções e os princípios orientadores contidos no PPPI, a legislação educacional brasileira e as normativas institucionais. A ausência de PPP no campus escolhido seria assim uma espécie de elo perdido.

Inclusão de estudantes com deficiência nos Projetos Pedagógicos dos Cursos do EMI do campus

Nesta categoria foram incluídos documentos disponíveis no sítio institucional do campus escolhido, percorrendo-se o caminho "Educação Profissional Técnica de Nível Médio" e em seguida "Integrada ao Ensino Médio". A partir de cada página dedicada aos cursos da EPTNM no âmbito da referida unidade de ensino, foram extraídos os PPCs dos cursos Técnico em Administração, Técnico em Agropecuária e Técnico em Florestas, conforme apresentados na tabela abaixo e organizados por ordem cronológica da publicação de suas respectivas resoluções que as aprovaram.

Tabela 2 – Projetos Pedagógicos dos Cursos do Ensino Médio Integrado do campus em análise

Documento	Teor
Resolução nº 20/2020	PPC do Curso Técnico em Florestas
Resolução nº 155/2021	PPC do Curso Técnico em Administração
Resolução nº 157/2021	PPC do Curso Técnico em Agropecuária

De modo geral, da leitura atenta dos PPCs dos cursos técnicos na forma de articulação integrada ao ensino médio, se depreende algum esforço de contemplar a inclusão de pessoas com deficiência, sobretudo no PPC do Curso Técnico em Administração. Por outro lado, a menor ênfase é sentida no PPC do Curso Técnico em Agropecuária. No entanto, diante dos diversos documentos institucionais e da vasta legislação educacional, todos podem ainda ser considerados rasos neste tema. Não há, por exemplo, em nenhum dos PPCs uma seção destinada a explicar de forma mais detalhada como se daria o atendimento do estudante com deficiência, ficando essas informações disponíveis somente em outros documentos institucionais. Nos PPCs, isso parece ter tentado ser suprido com a listagem de algumas políticas institucionais existentes e seus programas ou núcleos, como o NAPNE, apresentando-os de forma muito semelhante aos textos originais. Nenhum deles adentra nos pormenores do PEI e do AEE ou faz menção ao Plano de AEE, à TE ou à aceleração de estudos. Quando falam de estágio também não trazem quaisquer referências quanto ao estudante com deficiência.

O PPC do Curso Técnico em Florestas afirma que o curso "zelará pelas políticas de inclusão" (IF Baiano, 2020a, p. 16) e prevê a "disponibilização de apoio pedagógico para aqueles que têm

dificuldades" (ibidem, n.p.). Mais especificamente voltado ao tema da inclusão do estudante com deficiência, tem-se a seção que trata das Políticas Institucionais, figurando dentre elas a Política de Diversidade e Inclusão, da qual interessa para este trabalho o destaque dado ao NAPNE. O documento menciona de forma resumida a composição que deve ter o NAPNE e os objetivos do núcleo, bem como refere a sua corresponsabilidade junto aos docentes no atendimento aos estudantes PAEE ou com necessidades específicas. Além disso, também menciona a obrigatoriedade do PEI para este público e o cuidado no desenvolvimento das avaliações para o mesmo.

O PPC do Curso Técnico em Administração, assim como o Técnico em Florestas, afirma o compromisso do campus Teixeira de Freitas no zelo às políticas de inclusão e acrescenta de forma explícita também o zelo no "atendimento aos(às) estudantes com necessidades educacionais específicas, com deficiência, entre outros" (IF Baiano, 2021b, p. 14). Afirma-se no documento que o curso se propõe a usar abordagem que preza pela acessibilidade em suas dimensões pedagógica e atitudinal, "ajustando sua metodologia de ensino com vistas a qualificar a prática pedagógica e alcançar os objetivos estabelecidos" (ibidem, p. 28) e nesse sentido diz que esta possibilidade se vincula à existência de suporte de profissionais da área pedagógica e da assistência estudantil, "garantindo a formação do discente, respeitando as especificidades locais do público atendido" (ibidem, p. 28). O NAPNE também é referido de forma muito semelhante como no PPC do Técnico em Florestas, no entanto no PPC do Técnico em Administração foram acrescidas informações relacionadas aos recursos de acessibilidade disponíveis no campus. Observam-se algumas expressões que são utilizadas para se referir ao público-alvo desses recursos: cadeirantes, portadores de necessidades visuais, pessoas com necessidades especiais, deficientes visuais, portadores de deficiência motora ou com dificuldades de coordenação motora e

pessoas com problemas de fala. A inconsistência nas nomenclaturas, que ora evidenciam a condição da deficiência (cadeirante, deficiente visual), ora põe a pessoa em evidência (pessoas com necessidades especiais, pessoas com problemas de fala) e ora tenta amenizar a condição com o uso do termo portador denotam a necessidade de formação sobre o assunto. Por fim, menciona-se neste PPC, também de forma semelhante ao anterior, o PEI.

Em relação ao curso Técnico em Agropecuária, logo na sua apresentação é mencionado que a reformulação do PPC "tem em vista a construção de um currículo mais flexível, inclusivo, que prima pela qualidade de vida, bem como pela formação dos estudantes" (IF Baiano, 2021c, p. 10). Esta reformulação decorre das mudanças empreendidas por reformas da Educação Básica, como exemplo a Base Nacional Comum Curricular (BNCC). Quando da avaliação da aprendizagem, afirma-se que esta deve ser um processo contínuo, cumulativo, diagnóstico e inclusivo, prevalecendo os aspectos qualitativos sobre os quantitativos. Sem citar o NAPNE ou a equipe multiprofissional, como fazem os demais PPCs, este apenas apresenta a questão das avaliações adaptadas aos estudantes PAEE ou com necessidades específicas. O núcleo figura na seção das Políticas Institucionais com o mesmo texto do PPC do curso Técnico em Administração.

***

A escola tem um papel fundamental na construção de uma sociedade mais justa e solidária. Nesse sentido, a relevância da Rede Federal, por meio dos institutos federais, passa por oportunizar, de forma democrática, o acesso a uma educação de qualidade, propiciando uma formação integral que favoreça o desenvolvimento de sujeitos conscientes, críticos e autônomos que possam, no exercício

da cidadania, contribuir na transformação da realidade. Isto implica em conceber como necessários os contextos de diversidade e inclusão, possíveis quando inseridos nos espaços os estudantes com deficiência por exemplo.

No EMI, as medidas direcionadas aos estudantes com deficiência devem ter em vista o processo educativo tanto ao que concerne à educação científica e tecnológica quanto à educação profissional. Ou seja, os objetivos de sua formação não se afastam dos demais, pois a esse público também se dirige o preparo para o mundo do trabalho, na conquista de uma profissão, ou para continuar na vida acadêmica em outros níveis de ensino. Para tanto, o currículo inclusivo é salutar, mas deve ser acompanhado de medidas de acessibilidade que visem à eliminação de barreiras sistemicamente. Por esse motivo, considera-se importante que os documentos institucionais contenham sempre a pauta da inclusão, pois eles organizam a instituição ao estabelecerem diretrizes e normas.

Seria interessante que o campus escolhido para esta análise se dedicasse a elaborar o seu PPP, bem como a dar maior consistência ao atendimento de estudantes com deficiência em seus Projetos Pedagógicos de Cursos. Nestes podem se somar pontos que são encontrados em outros documentos, mas que não foram mencionados. Podem também sanar lacunas como a de tecer considerações acerca da certificação por terminalidade específica, o que, aliás, pode ter sua possibilidade prevista no PPP. Este processo é beneficiado quando se investe na formação dos profissionais da educação para lidar com situações sensíveis que possam surgir no contexto escolar e que exigem olhares atentos e qualificados para propor as melhores estratégias aos estudantes com deficiência. Situações como as que possam ensejar a certificação por terminalidade específica são ainda mais desafiadoras.

Além disso, o campus ou a instituição poderia investir na construção de um modelo de PEI, instrumentalizando a equipe escolar quanto ao seu uso. Para isto, poderiam ser promovidos cursos de formação para professores e outros agentes educativos com pautas relacionadas à educação especial na perspectiva inclusiva. De forma geral, outras ações de caráter formativo e informativo que envolvam diversos segmentos da comunidade escolar são caras aos contextos de diversidade e inclusão. Exemplos disso são a disseminação da Libras e a sensibilização acerca das idiossincrasias da pessoa surda. Assim, o PAPNE, através do NAPNE, com apoio de gestores, poderia atuar como um importante fomentador dessas ações, contribuindo para desenvolver a cultura inclusiva de forma mais potente.

Ressalta-se que os apontamentos realizados não consideram o cotidiano, pois este não foi objeto de análise, de forma que podem haver ações sugeridas que já foram ou estão sendo implementadas na prática. Considera-se que os documentos analisados trazem importantes direcionamentos para a organização do processo educativo de estudantes com deficiência, ainda que esse entendimento decorra em boa parte da interpretação de trechos que tratam da inclusão ou aludem a esta de forma geral, muitas vezes subentendida ao se tratar dos estudantes com necessidades específicas. Nesse sentido, embora forneçam pistas e sejam relevantes para subsidiar ações concretas, somente os documentos analisados são insuficientes para afirmar se o campus do Instituto Federal consegue de fato atender satisfatoriamente os estudantes com deficiência, até porque as especificidades de cada caso implicam em condições diferentes no ensejo da inclusão. Logo, é preciso observar que as pessoas com deficiência não devem ser compreendidas como uma categoria homogênea. Entretanto, o delineamento da pesquisa não considerou tipos específicos, buscando, em vez disso, um panorama geral, pois importava saber as intenções da instituição, sua disposição para incluir. Acredita-se

que estudos que incluam o cotidiano poderão proporcionar de forma mais aprofundada reflexões acerca dos desafios inerentes a esta inclusão no referido contexto, pois poderão abordar também as intenções, os sentidos e as ações concretas das pessoas que compõem o espaço educativo diante de casos específicos ou não.

Referências

Anjos, I. R. S. dos. (2006). *Programa TEC NEP: avaliação de uma proposta de educação profissional inclusiva*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial − Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.

Brasil. (1962). *Lei nº 4.169*.

Brasil. (1996). *Lei nº 9.394*, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Brasil. (2001). Resolução CNE/CEB nº 2. In: *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*. (p. 68-79). Secretaria de Educação Especial.

Brasil. (2005). *Decreto nº 5.626*.

Brasil. (2008). *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*.

Brasil. (2009). *Resolução CNE/CEB nº 4*.

Brasil. (2010a). *Concepção e diretrizes: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia. Um novo modelo de educação profissional e tecnológica.*

Brasil. (2010b). *Lei nº 12.319*.

Brasil. (2011). *Decreto nº 7.611*.

Brasil. (2013a). *Parecer CNE/CEB nº 2*.

Brasil. (2013b). *Teorias do Espaço Educativo*. 4. ed. Universidade Federal de Mato Grosso/ Rede e-Tec Brasil.

Brasil. (2014). *Nota Técnica MEC/SECADI/DPEE nº 4*.

Brasil. (2015). *Lei nº 13.146*.

Brasil. (2016). Ministério da Educação. *Catálogo Nacional de Cursos Superiores de Tecnologia*. Brasília, DF, 194p.

Brasil. (2020). Ministério do Trabalho. *Classificação Brasileira de Ocupações – CBO*. Brasília, DF.

Brasil. (2021). *Resolução CNE/CP nº 1*.

CEDAC. (2016). *Projeto Político-Pedagógico: orientações para o gestor escolar criar, entender e revisar o PPP*. São Paulo: Fundação Santillana.

Dorziat, A., & Araújo, J. R. (2012). O intérprete de língua de sinais no contexto da educação inclusiva: o pronunciado e o executado. *Revista Brasileira de Educação Especial* [online], 18(3), p. 391-410.

Frigotto, G., Ciavatta, M., & Ramos, M. (2005). *Ensino médio integrado: concepções e contradições.* São Paulo: Cortez.

Gramsci, A. (2000). *Cadernos do Cárcere*, vol. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

IF Baiano. (2012). *Resolução nº 12. Política de Diversidade e Inclusão do IF Baiano.*

IF Baiano. (2015). *Resolução nº 18. Política de Diversidade e Inclusão do IF Baiano.*

IF Baiano. (2019a). *Resolução nº 1. Política de Assistência Estudantil.*

IF Baiano. (2019b). *Resolução nº 3. Regimento do Núcleo de Atendimento às Pessoas com Necessidades Específicas do IF Baiano.*

IF Baiano. (2019c). *Resolução nº 19. Regulamento do Atendimento Educacional Especializado (AEE).*

IF Baiano. (2019d). *Resolução nº 53. Organização Didática dos Cursos da Educação Profissional Técnica de Nível Médio do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano.*

IF Baiano. (2020a). *Resolução nº 20. Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Florestas Integrado ao Ensino Médio.*

IF Baiano. (2020b). *Resolução nº 92. Normatização das Atividades dos Tradutores e Intérpretes de Libras/Português – TILSP.*

IF Baiano. (2021a). *Resolução nº 117. Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI 2021 – 2025.*

IF Baiano. (2021b). *Resolução nº 155. Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Administração Integrado ao Ensino Médio.*

IF Baiano. (2021c). *Resolução nº 157. Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Agropecuária Integrado ao Ensino Médio.*

Mantoan, M. T. E. (2003). *Inclusão escolar: o que é? por quê? como fazer?* 1. ed. Rio de Janeiro: Moderna.

Martins, L. P. (2008). Artigo 2- Definições. In: Resende, A. P. C., & Vital, F. M. P (Orgs.). *A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada*. Secretaria Estadual dos Direitos Humanos. p. 27-30.

Nunes, S. C. T. (2012). *O Programa TEC NEP: a educação profissional na perspectiva inclusiva.* Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre.

Oliveira, W. M. de, & Delou, C. M. C. (2020). Terminalidade específica nos Institutos Federais: um panorama. *Revista Educação Especial*, 33, e36/, p. 1-36.

Pacheco, E. M. (2011). *Institutos Federais: Uma revolução na educação profissional e tecnológica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Moderna.

Quadros, R. M. (2004). *O tradutor e intérprete de língua brasileira de sinais e língua portuguesa*. Brasília: MEC

Santos, I. L., Grillo, J. P., & Dutra, P. A. A. (2010). Intérprete educacional: teoria versus prática. *Revista da Feneis* [online], 41, p. 26-30, set./nov.

Saviani, D. (2003). O choque teórico da politecnia. *Trabalho, Educação e Saúde*, EPSJV; Fiocruz, 1, p. 131-152.

Silva, G. L., & Camargo, S. P. H. (2021). Revisão integrativa da produção científica nacional sobre o Plano Educacional Individualizado. *Revista Educação Especial*, 34, p. 1-23.

Sommer, L. C. O. (2020). *Acesso e permanência de alunos com deficiência no ensino médio integrado da rede federal: tecendo diálogos entre a educação especial e a educação profissional, tecnológica*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CAPÍTULO 14

Uma proposta de humanização no serviço de *home care*

Dircelene Kur Evaldt

Atrás de uma criança que acredita em si mesma, está uma família que acreditou primeiro.
Matthew L. Jacobson

Este projeto surgiu a partir da percepção da carência de um acompanhamento estruturado para apoio às famílias de crianças que passam a integrar o regime de internação domiciliar, a partir de uma visão multidisciplinar, que não seja focada apenas na qualidade dos serviços técnicos prestados.

Com o objetivo de contribuir com as empresas que oferecem o serviço de home care, pretende-se, através deste trabalho, estudar e compreender o processo pelo qual passam as famílias desde o início da desospitalização, que começa ainda na internação hospitalar. Além disso, ao fazer uma análise da situação, almeja-se propor ações práticas para estruturar um projeto que considere o olhar e a percepção das famílias.

O alvo desse estudo são famílias de crianças em regime de internação domiciliar atendidas por uma empresa privada que presta o serviço de home care na Região Sul do país. Acredita-se que essas crianças poderão ter maior qualidade de vida à medida que suas famílias estejam mais estruturadas no que diz respeito ao seu papel de cuidadoras dentro desse contexto.

Diante dos avanços da medicina e dos recursos tecnológicos da área da saúde, torna-se cada vez maior o número de crianças com doenças crônicas que necessitam de cuidados especiais, mas que têm

a possibilidade de não viver mais em regime de internação hospitalar. O que se observa atualmente nos serviços de atendimento privado na área de internação domiciliar, no entanto, é que nem sempre se pensa em um cuidado mais amplo e multidisciplinar visando à adaptação e, por consequência, à saúde da família que passa a integrar esse regime.

Para Elias e Murphy (2012), o êxito da alta hospitalar e o ingresso no regime de internação domiciliar requerem um projeto de cuidados multidisciplinar que atenda às necessidades de saúde e de desenvolvimento da criança, a fim de que novas internações sejam evitadas. A ideia aqui é pensar para além de evitar novas internações, propondo ações que visem à promoção de qualidade de vida e, quiçá, à possibilidade de saída do regime de internação domiciliar quando e se for viável.

Acredita-se que as famílias precisam de um acolhimento capaz de ser a mola impulsionadora de uma atitude empoderada diante de seus filhos. Isso porque, para além de precisarem de cuidados médicos especiais, eles são crianças que, devido à condição de doença crônica, utilizam recursos como as ostomias, que os tornam pessoas com deficiência. Defende-se que uma família empoderada e ciente das possibilidades de seus filhos pode ser a base para o processo de inclusão da criança na sociedade.

O questionamento central deste trabalho é: que ações de apoio a famílias de crianças em regime de internação domiciliar uma empresa que oferece o serviço de home care pode estruturar para efetivar um serviço que promova a saúde para além dos cuidados médicos?

A partir de tal questionamento, o objetivo desse capítulo é, em termos gerais, propor um olhar mais atento sobre a criança e o seu núcleo familiar. A partir disso, apontar um conjunto de ações que possam ser efetivadas pela empresa para apoiar as famílias de

crianças em regime de internação domiciliar sob uma perspectiva humanizada.

A internação domiciliar a partir da perspectiva da área da saúde

A Resolução nº 11 de 2006 define a internação domiciliar como assistência integral em domicílio ao paciente clínico complexo e dependente de tecnologia. Neste trabalho será utilizada também a expressão *home care* para se referir a esse serviço, já que é dessa forma que a rede privada de saúde o nomeia (Brasil, 2006).

O avanço da medicina apoiada por recursos tecnológicos cada vez mais precisos a serviço da área de saúde vem proporcionando um aumento da sobrevida de crianças com necessidades de cuidados hospitalares. Conforme o número de crianças que passaram a morar em hospitais foi aumentando, surgiu a necessidade de atender a essa demanda.

Tavolari, Fernandes e Medina (2000), em um retrospecto do histórico do serviço de *home care*, explicam que no Brasil existem dois tipos de empresas que prestam serviços dessa ordem. O primeiro grupo trabalha de forma segmentar, oferecendo atendimento de enfermagem ou fisioterapia, por exemplo. Esse tipo de empresa atende pacientes de baixa complexidade. O segundo grupo oferece atendimento integral com equipe multiprofissional e atende normalmente pacientes de média ou alta complexidade.

> No Brasil, os grupos mais experientes em assistência domiciliar possuem programas de cuidado seguros e avançados, como poucos similares no mundo. Prestam atendimento a doentes muitas vezes graves e instáveis em casa, sem deixar de lado a excelência técnica, a segurança e a qualidade encontradas nos melhores hospitais do país. (Tavolari et al., 2000)

Existem três tipos de serviço de saúde domiciliar no Brasil: assistência, atendimento e internação. Este trabalho irá considerar

apenas o sistema de internação domiciliar, que para Tavolari, Fernandes e Medina (2000) se trata do cuidado intensivo por uma equipe multiprofissional. Os autores apontam que, para facilitar a compreensão do que configura esse tipo de serviço, pode-se compará-lo a um hospital em casa. Tal analogia pode até possibilitar uma maior compreensão da situação, mas não é suficiente na medida em que não compreende o contexto apresentado por este trabalho. A inspiração realmente pode ser uma vivência hospitalar; a proposta aqui apresentada, porém, é a construção de um projeto que tenha como objetivo maior humanizar esse serviço, transformando essa casa em um ambiente seguro e efetivo quanto aos cuidados e, ao mesmo tempo, acolhedor. Em outras palavras, trata-se de afastar a "frieza" do ambiente hospitalar.

No transcorrer da revisão bibliográfica para este projeto, foram encontrados materiais, em sua maioria artigos disponíveis na Internet, com um enfoque voltado às questões de assistência técnica e cuidados médicos com o paciente. Em um número muito menor, foram encontrados materiais que abordam a situação de modo mais amplo, envolvendo, além dos cuidados médicos, cuidados com a pessoa em situação de internação – que no contexto deste trabalho será sempre uma criança ou um adolescente –, mas também, e talvez principalmente, ações para promover a saúde da família.

O serviço de home care praticamente invade a casa da família e passa a ser o centro das atenções. Isso acontece sem que as pessoas percebam que estão fazendo parte de um sistema e que precisam considerá-lo. Mães, pais, irmãos, tios e avós precisam reorganizar-se a partir de uma nova realidade imposta e são pegos de surpresa em um momento delicado, que normalmente sucede a uma internação hospitalar longa e com eventos traumáticos para todos.

Percebe-se um grande esforço das empresas em oferecer um bom serviço no que diz respeito aos recursos/equipamentos/

atendimentos. Acaba ficando de lado, contudo, um atendimento voltado para aquela família, que precisará estar alinhada com a empresa para que a internação se efetive com sucesso.

O presente trabalho irá se basear no conceito preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a partir de seu surgimento, em 1948, após a Segunda Guerra, definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. Vale frisar que se considera questionável a expressão "estado de completo bem-estar", visto que tal completude depende das condições de cada pessoa. Assim, será considerada ideal, no contexto deste trabalho, a melhor situação possível dentro do quadro grave de saúde no qual as crianças em situação de internação domiciliar se encontram. A decisão de adotar a visão da OMS deu-se porque ela considera uma percepção complexa e integral do ser humano. Portanto, será considerado como saúde não a ausência de doença, mas o estado de bem-estar da pessoa.

Esse conceito de saúde integral deve estender-se à família, e é por isso que o trabalho pretende apontar iniciativas práticas para que um atendimento mais humanizado seja adotado pelas empresas, principalmente no início do processo de internação. É nesse período que os sujeitos envolvidos encontram-se mais frágeis e carentes de apoio e informação.

Desospitalização

Antes de pensar em home care, a família tem seu filho em situação de internação hospitalar, a qual normalmente é longa e difícil. Todos os cenários que levam à necessidade de internação domiciliar de uma criança são críticos e causam grande abalo emocional aos familiares. É nesse clima de tensão que a família recebe a notícia da

possibilidade de retorno ao lar, mas em um processo de desospitalização, que é a transição do cuidado para o domicílio.

As famílias vivem um misto de emoções e não têm tempo de acomodá-las, pois ocupam-se lidando com a nova realidade de cuidadores responsáveis, reorganizando-se enquanto família e administrando a atuação dos profissionais que passam a frequentar a casa. Os atritos com a equipe de enfermagem são ainda mais tensos, já que a família costuma fazer comparações entre os profissionais da empresa de home care e os profissionais que atuam no hospital. A equipe que atende no domicílio em grande parte é composta por profissionais com pouca experiência, principalmente em atendimento de alta complexidade. A rotatividade e a variedade de casos existentes no hospital possibilitam à equipe uma maior experiência.

Cohen et al. (2001) apresentam alguns motivos para a necessidade de internação domiciliar. Os autores iniciam falando sobre a possibilidade de o aumento desse regime de internação ser fruto das altas taxas de sobrevivência dos nascidos prematuros extremos, das crianças que nascem com anomalias ou condições crônicas e também daquelas que passam por condições agudas e respondem aos tratamentos cada vez melhores para tais quadros, mas que não evitam complicações graves no quadro geral de saúde, bem como deficiências de várias ordens. Essas crianças possuem quadros distintos; entretanto, normalmente compartilham questões funcionais que exigem recursos semelhantes, quais sejam: tecnologia médica, materiais e medicações, atendimento intensivo da equipe de enfermagem e profissionais especializados como fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos. O médico visitador realiza atendimento domiciliar periódico de acompanhamento. Em casos de urgência, a criança deve seguir para o hospital.

Cohen et al. (2001) apontam a necessidade de um projeto de prestação de serviços para melhorar a qualidade do atendimento à

criança, bem como à sua família. O processo de desospitalização inicia ainda na internação e é conduzido pelo hospital.

Muitos obstáculos surgem durante o processo, até mesmo os termos se confundem e contribuem para uma maior dificuldade de compreensão por parte da família. Enquanto a equipe médica fala em "desospitalização" e menciona cuidados, não raro a equipe de enfermagem refere-se à alta do paciente. O termo "alta" remete a um retorno ao que se compreendia como um estado de normalidade. Por ser um momento de fragilidade, é necessário que todas as informações sejam passadas com clareza e mais de uma vez, a fim de que sejam assimiladas.

Após a solicitação de internação domiciliar pela equipe médica, a empresa de home care realiza uma visita ao hospital para fazer contato com a equipe que atende a criança. Nessa conversa, a empresa busca informações sobre quais terapias e materiais serão necessários, qual a condição de saúde da criança e o prognóstico do caso. De posse dessas informações, a empresa submete solicitação do serviço ao plano de saúde, que aprova ou não a modalidade. Muitas vezes o plano aprova o serviço, mas não aprova a quantidade de materiais e terapias solicitados. Depois de serem feitos os ajustes, de posse da aprovação final do plano, a empresa realiza uma reunião com a família para explicar o serviço e dirimir dúvidas.

Cada caso precisa ser avaliado individualmente. Determinadas famílias podem ter o atendimento negado pela empresa por critérios como não ter um hospital de referência no município no qual reside. Algumas casas precisam de adaptações. É necessário que a casa tenha água potável, por exemplo. Alguns entraves são passíveis de serem corrigidos, enquanto outros podem levar à negativa do atendimento. Tudo depende das condições e das necessidades da criança, assim como das condições materiais de que a família dispõe.

Leite et al. (2019) apresentam um estudo qualitativo que analisa o impacto da notícia da internação domiciliar nas famílias. Após uma série de entrevistas, os autores concluem que a notícia da alta hospitalar seguida de uma internação domiciliar suscita uma série de sentimentos nos familiares, iniciando pela fase de preocupação e incertezas, passando por períodos de alívio por poderem contar com ajuda especializada, mas também por momentos de resistência, principalmente das mães cuidadoras que apresentam dificuldade em compartilhar o cuidado de seus filhos. O estudo aponta para a necessidade de cuidado e reflexão em relação ao papel das pessoas envolvidas na internação domiciliar, sobretudo do enfermeiro responsável, que deve ser o gestor desse processo. É importante, na visão dos autores do estudo, uma sensibilização das pessoas que compõem a equipe no que concerne à sua atuação.

O cuidado compartilhado

Até meados dos anos 50 do século XX, acreditava-se que até mesmo a visita dos pais à criança internada poderia ser prejudicial, visto que causaria angústia à criança após o término desse momento. Nos anos seguintes, a Inglaterra encomendou um estudo que resultou no Relatório Platt de 1959, o qual apontou traumas emocionais agudos com possíveis consequências na adolescência e na vida adulta das crianças que não eram visitadas pelos pais. A partir de então, os hospitais foram liberando o acesso dos pais e a permanência das mães de forma irrestrita. Foi a partir desse relatório que a formação de médicos e profissionais de enfermagem passou a contemplar a promoção da compreensão das necessidades emocionais das crianças. Deu-se início a um processo de humanização no que tange à participação da família no processo de cuidado da criança em situação de internação hospitalar. O relatório alertava particularmente

para as condições de privação e isolamento, reduzindo a ruptura familiar no hospital (Shields et al., 2007).

No Brasil, a permanência irrestrita de um acompanhante durante a internação de crianças e adolescentes passou a ser garantida a partir de 1990, através da publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 12 (Brasil, 1990). No mesmo período da publicação do ECA no Brasil, surge nos Estados Unidos o Instituto de Cuidados Centrados no Paciente e na Família, instituição que, ainda nos dias de hoje, é considerada uma liderança internacional nessa abordagem, conduzindo a uma mudança em todos os espaços onde indivíduos acompanhados de suas famílias recebem cuidados e apoio. A página do instituto na Internet apresenta um slogan sugestivo: "O cuidado centrado no paciente e na família está trabalhando 'com' pacientes e famílias, em vez de apenas fazer 'para' ou 'para eles'" (Instituto de Cuidados Centrados no Paciente e na Família, 2022).

O Instituto de Cuidados Centrados no Paciente e na Família (2022) preconiza uma abordagem em que o planejamento, a prestação do serviço e a avaliação dos cuidados de saúde devem basear-se nas relações de parceria mutuamente benéficas entre prestadores de cuidados de saúde, pacientes e famílias. O instituto defende ainda que o cuidado centrado no paciente e na família leva a melhores resultados de saúde, melhor experiência de cuidado tanto do paciente quanto da família, melhor satisfação do médico e da equipe, assim como alocação de recursos de forma racional, já que a responsabilidade de todo o processo é compartilhada por todos.

A partir da consolidação da presença da família no ambiente hospitalar, surgem novos desafios e compreensões relativas a quem é objeto de cuidado. A criança e a sua doença não são mais os principais focos de atenção da equipe de saúde; a família é, também, vista como foco dessa atenção. Ao entender que a família é indissociável

da criança, a equipe de saúde, principalmente a enfermagem, busca maneiras de relacionar-se com essas pessoas, as quais muitas vezes atravessam um momento de fragilidade emocional, um período de sofrimento em decorrência do quadro de saúde de um filho. É nesse ambiente, não raras vezes tumultuado, que os profissionais precisam estabelecer uma relação de apoio na qual a equipe de saúde possa colaborar, possibilitando oportunidades de crescimento diante de tantos desafios que surgem de repente.

Em conformidade com Angelo (1999), a ênfase crescente na família altera a forma como ela é vista no contexto de saúde. Ela deixa de ser apenas considerada – ou em alguns casos tolerada – e passa a ser vista como fundamental no processo de recuperação, validando-se sua participação no apoio emocional ao paciente. Nesse contexto, a equipe de enfermagem passa a mudar sua prática com as famílias, que até então era de orientação ou de fonte para dirimir dúvidas. É imprescindível, no entanto, que não se pense em ações individuais, mas que ocorra o desenvolvimento de documentos internos que visem à construção de uma relação efetiva entre a equipe de enfermagem e a família. A autora chama a atenção para a necessidade de desenvolvimento e aplicação de mapas conceituais amplos para embasar o trabalho da equipe. A parceria com a família não pode fazer parte de uma jornada individual, não pode contar com a sensibilidade de cada profissional. Mais do que isso: precisa ser uma política institucional, e não um conjunto de regras.

No caso da criança em regime de internação domiciliar, existe a questão da deficiência, da condição crônica. Esse quadro amplia os desafios da família, que precisa reestruturar-se a partir de uma realidade que abala sua identidade, condição que requer uma nova forma de funcionamento de cada membro desse núcleo. Junto vem a quebra de expectativas, a alteração de papéis e, em alguns casos, até mesmo o afastamento de algum membro (Barbosa et al., 2012).

Barbosa et al. (2012) defendem que a deficiência pode abalar a sensação de capacidade de cuidar da família. Pode provocar uma ferida que vai precisar de tempo para cicatrizar. E é diante de tal realidade, em meio a um turbilhão de sentimentos confusos, que a família precisa reorganizar-se e compreender seu papel diante do filho.

O início do processo de internação domiciliar provoca uma alteração nos papéis dos indivíduos que compõem a família. O sistema exige a presença, em tempo integral, de um adulto responsável pela criança internada. Se até então todos os adultos da família exerciam alguma função laboral, alguém precisará deixar seu trabalho para ficar em casa. Além de provocar uma alteração na renda da família, essa situação pode acarretar mais um problema de ordem psicológica para quem for assumir a função. Existe um consenso na área da saúde de que normalmente são as mães que assumem esse papel; em alguns casos, porém, são o pai, uma avó ou até mesmo uma funcionária que já trabalhava na casa ou recentemente contratada que assumem tal função. Independentemente do modo de organização, essa mudança afeta a todos com maior ou menor intensidade.

Quando se fala em internação domiciliar, acredita-se que dificilmente seja possível não considerar a necessidade de um cuidado centrado na família, mas isso costuma ocorrer de maneira informal. Aos poucos, os papéis vão se estabelecendo, e os desafios que surgem, como a alta rotatividade de profissionais, podem dificultar o estabelecimento de uma rotina organizada que pense não só na criança, mas na família. A vida da família sofre alterações diante das exigências emocionais causadas pela deficiência de um filho. Diante disso, o enfermeiro, que é o profissional responsável pelo acompanhamento de tudo o que envolve a internação, precisa compreender e manejar as reações emocionais da família e suas repercussões (Barbosa et al., 2008).

Frente a tamanho desafio, é preciso falar da importância da escuta – uma escuta ativa e acolhedora – por parte de toda a equipe, principalmente no período inicial. Mesmo que não tenha como ajudar, o profissional aberto a ouvir com empatia oportuniza um momento de acolhimento importante para o familiar, que ao ser ouvido dessa forma vai elaborando tantas questões importantes que emergem durante o processo.

Uma situação ideal seria ter um profissional específico para realizar essa escuta da família e facilitar a comunicação entre ela e a equipe, mas pode-se alegar inviabilidade financeira para manter um especialista para esse fim. Um trabalho conduzido por Johnson e Shelton (2009), no entanto, apresenta, entre os benefícios do cuidado centrado na família, a otimização de recursos, sendo possível inclusive haver economia no investimento financeiro e em recursos humanos, além de mais qualidade de vida para a família como um todo.

É preciso lembrar que para além da criança existe uma família que, ao deter mais informações e apoio, torna-se mais empoderada e pode passar a responsabilizar-se pelo cuidado e pelo desenvolvimento da criança. Dessa maneira, pode tornar-se possível que a família dispense o serviço de home care, passando a assumir todos os cuidados.

A internação domiciliar a partir de uma nova perspectiva

Crianças em regime de internação domiciliar podem ter quadro de paralisia cerebral, deficiência intelectual, síndromes ou tantas outras condições; o que as qualifica para a internação, porém, é o fato de usarem alguma tecnologia médica, como respirador ou uma ostomia de maior dificuldade de manejo, como a traqueostomia. Crianças nessas condições são consideradas crianças com deficiência, mas em diversos casos, devido a um quadro raro ou com poucas referências, a família nem mesmo compreende a identidade desse

pequeno ser. Entre outras consequências, deixa de buscar os direitos que lhes são garantidos por lei. Nesse ponto, salienta-se a necessidade de mais informações durante todo esse processo, desde o momento da notícia da desospitalização, passando pelo período inicial, que chamaremos de acolhida, perdurando por todo o seu decorrer.

A deficiência a partir do modelo biomédico

Através dos séculos, a deficiência foi sendo percebida de formas diferentes e divergentes, transformando a compreensão do que ela significa. Para Diniz (2012), a concepção de deficiência passou a ser vista, a partir do século XVIII, como uma variação do normal da espécie humana; em séculos anteriores, todavia, alguns pensadores já discorriam sobre a mesma visão.

A partir dessa concepção, ter deficiência é experimentar um corpo fora da norma. Esse primeiro modelo é chamado de biomédico e surge em uma sociedade marcada pela produtividade. De acordo com ele, a deficiência foi vista por muito tempo – e infelizmente isso ocorre mesmo nos dias de hoje – como proveniente de uma doença ou de um acidente, algo a ser tratado em busca de cura. O modelo pressupõe um conjunto de esforços que busca a normalização, tida como um padrão a ser alcançado. A deficiência, conforme Oliver (1990), é a impossibilidade de ser eficiente, o que se torna um problema para esse modelo, já que nele as limitações estão centradas na pessoa, e não no contexto social.

Modelo social

A partir do ativismo político de pessoas com deficiência iniciado nos anos 1970 nos Estados Unidos e no Reino Unido, surge o modelo social da deficiência, que passa a ser tratada também no campo das Humanidades e das Ciências Sociais, deixando de pertencer

exclusivamente às Ciências Médicas. Segundo Diniz (2012), nessa guinada acadêmica a deficiência deixa de ser vista como uma lesão que impõe restrições à participação social de uma pessoa, transformando-se num conceito complexo que reconhece a lesão no corpo enquanto denuncia a estrutura social que oprime a pessoa com deficiência. A partir dessa visão, o modelo biomédico, que era predominante até então, passa a ser criticado com veemência. O modelo social busca transformar as condições existentes mediante políticas públicas. Nele, compreende-se que a sociedade precisa ser acessível ao remover as barreiras de acesso, sejam elas físicas ou atitudinais. Uma das grandes diferenças entre esses dois modelos é o protagonismo da pessoa com deficiência, que passa a ser ouvida e considerada no modelo social, diferente do modelo biomédico, no qual familiares ou representantes é que eram considerados.

Com o passar do tempo, o modelo social passa a receber críticas. Uma delas é de que um grupo de líderes não poderia representar todas as pessoas com deficiência, assim como não se pode considerar que apenas as pessoas com deficiência possam compreender a deficiência. Outro aspecto negligenciado nesse modelo é o papel do cuidador e sua valorização. Na maior parte das vezes uma mulher, a pessoa responsável pelo cuidado é relegada a uma função invisível, o que incomodou o movimento feminista. Talvez a maior crítica seja a necessidade de compreender a pessoa para além da deficiência, sem fragmentá-la, enxergando-a não a partir da deficiência, mas de uma forma mais inteira, considerando todas as suas características, como gênero, cor e condição social.

Modelo biopsicossocial

Em 1977, surge uma alternativa que pode conciliar os dois modelos existentes. A proposta do psiquiatra George Engel recebe o

nome de modelo biopsicossocial. Esse modelo humaniza terapias e procedimentos, sem sobrepor esse aspecto, importante para o modelo biomédico, às questões sociais, culturais e políticas, relevantes para o modelo social. O modelo biopsicossocial vem se consolidando como uma alternativa mais adequada, mas que precisa ganhar força, pois se percebe ainda uma forte presença principalmente do modelo biomédico no Brasil. É mister que se aprofundem os debates acerca da pessoa com deficiência para além da questão médica, mas sem desconsiderar a necessidade de cuidados. O modelo social, por sua vez, não se sobrepõe ao biomédico: os dois complementam-se e suas características fundem-se no modelo biopsicossocial.

Acredita-se que o ideal é que as grandes áreas do conhecimento se conversem nesse caminho. Que não tenhamos mais essa divisão entre as ciências para que possamos de vez enxergar a pessoa com deficiência em sua totalidade e, a partir daí, pensar em políticas públicas abrangentes e eficientes.

Ao longo de todo esse processo, existe uma busca pelos direitos da pessoa com deficiência e a legislação foi sendo alterada conforme o modelo mais aceito em cada período. Essa luta por direitos, segundo Maior (2017), divide-se em duas fases distintas: a primeira foi conduzida por familiares e profissionais envolvidos no trabalho com pessoas com deficiência, seguida pela segunda, quando houve o engajamento das próprias pessoas com deficiência, apoiadas por suas famílias.

Ainda conforme Maior (2017), o Brasil possui um dos mais abrangentes conjuntos de leis destinadas às pessoas com deficiência. As dificuldades ainda tão presentes, no entanto, podem ser compreendidas quando nos damos conta de que temos as leis, mas sem uma regulamentação, o que faz com que elas não sejam colocadas em prática em sua totalidade. Nesse sentido, é imprescindível que haja uma regulamentação principalmente no que diz respeito às

sanções a serem aplicadas a quem não cumprir as regras impostas na legislação. O trabalho de educação/conscientização para a inclusão precisa ser intenso.

Fazendo uma conexão do modelo biopsicossocial com o conceito de doença ou deficiência adotado neste trabalho, pode-se recorrer aos pressupostos de Straub (2014), quando salienta que buscar ou considerar apenas um fator causal, produz uma imagem incompleta da saúde e da doença de uma pessoa. Para o autor, os psicólogos da área da saúde não dissociam mente e corpo e atuam a partir de uma perspectiva biopsicossocial, considerando que a saúde e a doença devem ser compreendidas em relação a múltiplos contextos, pressupondo os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que influenciam na fragilidade da pessoa diante da doença/deficiência.

Preparando a família e o ambiente para a internação domiciliar

Após a notícia da desospitalização, iniciam-se os procedimentos para a preparação da casa da criança, que ainda segue internada no hospital. A família começa nesse momento a receber orientações do que precisa organizar em casa no tocante aos recursos físicos, móveis e às instalações. O ambiente esperado por algumas famílias é muito próximo ao de uma unidade de terapia intensiva; entretanto, ao perceberem que sua casa não terá a mesma aparência, algumas famílias sentem-se frustradas. Por outro lado, o excesso de recursos e materiais pode tornar a casa um ambiente impessoal.

A criança vai para casa com o objetivo de dar seguimento à sua vida. O ambiente que a recebe precisa ser acolhedor. O abalo emocional da família pode ser um entrave para a criação desse espaço seguro e agradável. Essa é mais uma questão por vezes ignorada, mas que pode ser abordada pela equipe do home care. Mais uma vez, é necessário pensar na criança como um ser integral, para além

de uma condição, de uma doença, entendendo que há desenvolvimento apesar de qualquer condição ou necessidade específica. O ambiente é fundamental nesse processo.

Construção de uma nova identidade

Planejar um filho é o primeiro passo para a formação de uma família. Mesmo quando a gestação não foi idealizada, passa por um período de preparação para a constituição desse novo núcleo, que por alguns anos será fundamental na constituição do sujeito.

A partir do nascimento, as pessoas que compõem o casal passam a assumir novos papéis. Já não são mais apenas um casal: são também duas pessoas que exercem a parentalidade em relação à criança. Mesmo que o casal se separe, a relação parental segue existindo. Cada indivíduo que forma o casal traz consigo princípios, características e valores que farão parte dessa nova família.

Quando Solomon (2020) apresenta a ideia de identidade vertical, é a essa herança que se refere. Para o autor, somos constituídos por características daqueles que vieram antes de nós. Nossa identidade é construída não somente por nossas vivências e relações, mas também pelo que é herdado das gerações anteriores tanto geneticamente quanto em termos culturais. É a partir dessa herança que se começa a desenhar o que se espera do filho que está sendo aguardado, e é durante essa espera que surgem os primeiros planos para o futuro de alguém que o casal ainda nem conhece, mas acredita saber como será.

Segundo Solomon (2020, p. 11), "nas fantasias subconscientes que fazem a concepção parecer tão sedutora, muitas vezes gostaríamos de nos ver, a nós mesmos, vivendo para sempre, e não alguém com uma personalidade própria". É em virtude de idealizarmos uma

perpetuação de nossos genes que temos dificuldades em aceitar necessidades diferentes em nossos filhos.

Indo além da herança biológica, pode-se entender a família como um sistema de relações intergeracionais que tem uma história comum. Seus legados de alguma maneira irão perpassar, verticalmente, pela constituição de todos os seus componentes. Uma criança com deficiência, no entanto, possui uma identidade horizontal, que é quando alguém possui uma característica inata ou adquirida, estranha a seus pais. Essas pessoas precisam procurar grupos de "iguais" para contribuir com a construção de sua identidade. Existem outros exemplos de identidade horizontal, como no caso das pessoas com orientação sexual diversa, dos psicopatas, dos criminosos, das pessoas que em sua maioria não possuem influências parentais para tais características (Solomon, 2020).

Compreendendo tais conceitos, é possível perceber que os momentos iniciais de um processo de internação domiciliar de uma criança são carregados de desafios. A família é atravessada pela percepção de necessidades que não foram sequer cogitadas anteriormente. Entre elas está o desafio de constituir uma nova família a partir de uma realidade com a qual não possuem a menor intimidade, sem um modelo, sem saber nem mesmo que papel cada um exerce nessa nova organização.

Rede de apoio

Diante dos desafios que foram sendo apresentados ao longo deste trabalho, é preciso pensar na constituição de uma rede de apoio para as crianças e suas famílias. Santos e Minayo (2020) chamam a atenção para a falta de políticas públicas voltadas às famílias de pacientes dependentes de tecnologia e reiteram a necessidade de apoio para evitar problemas de saúde mental e para a promoção de

resiliência. As autoras realizaram um estudo que aponta a solidão principalmente das mães cuidadoras, que em certos casos chegam a paralisar sua vida social. O contato e a troca de experiências pode ser um apoio fundamental em um momento de isolamento e necessidade de construção de uma nova identidade.

Os grupos de apoio são uma opção de proposta de amparo para familiares de crianças em situação de internação domiciliar. Um estudo de Santos et al. (2012) aponta que familiares de pessoas internadas em hospitais relataram perceber benefícios ao participarem da dinâmica de grupo de suporte. Até mesmo as pessoas que eram apenas acompanhantes e não participavam se manifestando relataram beneficiar-se da vivência grupal, que lhes proporcionou, entre outras oportunidades, o compartilhamento de informações, a socialização e uma injeção de esperança. Esses são fatores que podem beneficiar familiares de crianças em situação de internação domiciliar.

Atendimento pedagógico domiciliar

A Constituição Federal de 1988 garante a todo brasileiro o direito à dignidade, prevendo a redução das desigualdades sociais e a prevalência dos direitos humanos. Consta no mesmo documento, que é a Carta Magna do Estado, o direito à educação, considerada um direito universal (Brasil, 1988).

Além da Constituição Federal, também no Estatuto da Criança e do Adolescente ECA (1990) está previsto, em seu artigo 4º, o dever da família, da sociedade e do poder público de "assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação". Para a garantia de tais direitos, compreende-se a necessidade de adaptações que se fizerem necessárias no contexto deste estudo.

A criança em regime de internação domiciliar, assim como qualquer outra criança, possui o direito à educação, mas a legislação específica é recente, data de 2018. A Lei nº 13.716 altera a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), de 1996, "para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado" (Brasil, 2018). A lei ainda não possui regulamentação, mas não deixa de ser um avanço. Ainda cabe à escola ou à rede de ensino, em parceria com a família, organizar o atendimento. A quantidade de horas depende, antes de qualquer coisa, da condição de saúde do aluno.

Abordagem Pikler

Alguns detalhes demonstram que persiste na área da saúde uma visão biomédica do indivíduo. O serviço de home care, por exemplo, chama a criança internada no domicílio de paciente. Pensando em sinônimos para esse termo, para essa forma de se referir a alguém, encontramos palavras como pacífico, impassível, calmo e manso. Todas elas distanciam-se, em significado, do que se espera de uma criança.

A primeira sugestão deste trabalho é uma mudança, a partir daí, do modo de se referir à pessoa mais importante de todo esse processo, ela que é – ou deve ser – o centro das atenções. Estando em regime de internação hospitalar ou não, ela será sempre, em primeiro lugar, uma criança. Um olhar que respeita esse ser pressupõe vê-la como única e digna de ser considerada em sua totalidade. Acredita-se, por conseguinte, que o ideal é referir-se à criança sempre pelo primeiro nome. Tal observação estende-se aos familiares.

Como ponto de partida para esse novo olhar, este trabalho traz a Abordagem Pikler. Emmi Pikler foi uma pediatra húngara que, em

seus estudos em Viena, familiarizou-se com uma concepção de fisiologia e prevenção que iria determinar suas atividades posteriores. Ela acreditava no conjunto e na harmonia ideal de condições adequadas de vida e desenvolvimento. Além de uma visão integral do ser humano, Pikler entendia que é necessário muito respeito com o corpo do outro. Ela pregava um atendimento com gestos delicados, de modo que fosse o menos desagradável possível para a criança assistenciada (Falk, 2021).

A Abordagem Pikler foi pensada e desenvolvida em um abrigo para crianças órfãs em boa situação de saúde, as quais eram sobreviventes da Segunda Guerra. No entanto, profissionais da área de saúde do mundo todo estão estudando seu legado e realizando propostas de atendimento respeitosas a crianças com deficiência a partir da abordagem.

Na Abordagem Pikler, segundo a Associação Pikler-Lóczy da França (2008), o bebê – ou a criança pequena – já é uma pessoa que precisa ser respeitada e valorizada como pessoa antes de qualquer outra coisa. A equipe que atende uma criança em regime de internação domiciliar precisa ser sensibilizada para que compreenda quem é esse sujeito central no atendimento, o que pode se dar a partir dos aportes teóricos que tratem a criança pequena como um sujeito de direitos competente, potente e humano.

Acerca do protagonismo da criança, que muitas vezes é vista como sujeito passivo, a Associação Pikler-Lóczy (2008, p. 3) afirma: "Se a criança tiver confiança na possibilidade de influenciar naquilo que ocorre com ela, se puder sentir-se sujeito participante e não objeto manipulado, isso irá reforçar seu sentimento de eficiência e competência".

O fato de uma criança ter uma deficiência não deve desumanizá-la, visto que ela segue sendo um sujeito de direitos e precisa tê-los

garantidos. Acredita-se que uma deficiência, uma falta específica, não pode se sobrepor à pessoa.

Apesar de o trabalho de Emmi Pikler ter sido para crianças de até três anos, existe um consenso entre as pessoas que o estudam de que Pikler é uma abordagem para a vida. Para a psicóloga Rita Góes Bezerra de Moraes, estudiosa da abordagem, de acordo com as considerações de Domingos (2016), "hoje, a abordagem Pikler está longe de ser um método ou uma técnica. É uma concepção e uma postura ética do cuidar".

Appel e David (2021) apresentam uma síntese sobre a maneira como a abordagem entende o desenvolvimento e o ritmo de cada criança. Apesar de não se referir à criança com deficiência, acredita-se que seja um olhar adequado para a situação referida neste trabalho. É possível perceber a importância em manter-se o respeito ao ritmo de cada um, acreditando que dessa forma haverá uma harmonia em suas aquisições psicomotoras, pressupondo que o desenvolvimento deve ocorrer de dentro para fora, e não o contrário, como se costuma pensar. A partir dessa ótica, o papel do adulto não é o de estimular a criança, e sim de garantir um ambiente seguro o suficiente para que ela se desenvolva. Engana-se quem pensa que resta ao adulto o papel de espectador; em resumo, nessa abordagem o adulto observa a criança e vai alterando o ambiente de forma a proporcionar possibilidades de exploração que culminam em novas aprendizagens.

A Abordagem Pikler abarca diversos elementos que podemos considerar adequados para o contexto de uma criança em situação de internação domiciliar. Trata-se de uma forma de ver o mundo, e não de meras técnicas a serem replicadas. Appel e David (2021) falam sobre os cuidados na abordagem. Ressaltam a necessidade de garantir conforto e bem-estar tanto quanto se garante higiene e alimentação. No caso das crianças internadas em domicílio, existem cuidados mais específicos a se observar, como nutrição por meio de

sondas, medicações, necessidades e procedimentos específicos, além das terapias. Sob o ponto de vista da abordagem, o respeito deve prevalecer em todas as circunstâncias.

A criança não é vista ou tratada em momento algum como um objeto ou uma pessoa sem a possibilidade de autonomia. Nenhuma atividade é realizada de maneira forçosa e nenhum cuidado é imposto. Deve-se ter sempre muito respeito pela criança, convidando-a a participar de cada etapa através da antecipação, que é feita quando o cuidador vai falando tudo o que fará com ela, pedindo-lhe licença para tocar em seu corpo e convidando-a para participar de cada etapa do cuidado. As autoras chamam a atenção para o cuidado aos detalhes e a necessidade de fazer tudo com calma e consciência, evitando movimentos automáticos. A criança é um sujeito capaz, desde que lhe sejam oferecidas possibilidades. Na Abordagem Pikler, o cuidador não procura acelerá-la; o tempo de cada um é respeitado (Appel & David, 2021).

Acredita-se que no contexto da criança com deficiência possa existir uma insegurança ainda maior em relação ao direito e à possibilidade de autonomia da criança, tanto por parte da família quanto da equipe de saúde. Se persistirmos na visão biomédica da situação, os procedimentos serão sempre prioridade, e eles são mesmo importantes; contudo, entende-se que tudo pode ser feito de maneira suave, com muito respeito à criança, que deve sempre ser comunicada antes que algo seja feito com ou para ela.

São quatro os pilares que amparam a Abordagem Pikler. Em uma síntese dessas premissas apresentadas por Appel e David (2021), podemos destacar os seguintes pontos:

– O bebê é um ser capaz desde o início de sua existência e pode vir a tornar-se um sujeito ativo em seu desenvolvimento quando o adulto responsável por ele o respeita, espera seu tempo e estabelece

uma comunicação através de cuidadosa observação dos sinais que ele emite. O profundo respeito é um valor básico na abordagem.

– A autonomia é um valor reconhecido como sendo essencial e vai sendo construída quando o cuidador respeita os sinais da criança e espera seu tempo.

– O vínculo afetivo entre o cuidador e a criança deve ser privilegiado. As trocas entre eles ocorrem principalmente nos momentos de cuidado.

– O movimento livre é fundamental para que ocorra o desenvolvimento. A segurança afetiva entre a criança e seu cuidador apoia o movimento livre, o estar só, mas assistido, observado atentamente pelo adulto.

Ao relatar para a criança todos os passos que juntos irão seguir, o cuidador oferece a ela segurança. Quando nomeia a parte do corpo que será tocada, o adulto estimula a consciência do esquema corporal, que vai se construindo à medida que a criança muda de posição no espaço. A relação de afeto estabelecida entre a dupla permite que a intencionalidade do que é falado pelo cuidador seja captada e aos poucos faça sentido. A ideia de que a criança que não fala não possui compreensão não faz sentido sob a perspectiva da Abordagem Pikler, que prega justamente o contrário ao dizer que, através da sensibilidade, o adulto vai compreendendo os sinais da criança e a comunicação vai se efetivando, se construindo (Soares, 2020).

Ainda para Soares (2020), para que as palavras e os gestos do adulto sejam coerentes com seus sentimentos, seu tom de voz, seu olhar e a maneira de se expressar, tocar e se mover precisam estar em consonância com o que ele diz, pois a linguagem vai além das palavras. Esse cuidado é necessário para que a criança sinta-se segura e confie no adulto. Os laços construídos entre a dupla cuidador-criança serão os pilares para um desenvolvimento sadio.

Tardos (1992) destaca que os movimentos repetitivos podem ser realizados mecanicamente quando o adulto não toma consciência da necessidade de estar inteiro em cada momento. Para ela, é natural que, ao repetir um mesmo movimento diversas vezes, os processos tendem a tornar-se de certa forma automáticos. Quando o cuidador realiza movimentos bruscos ao tocar a criança, além de oferecer uma experiência desagradável, passa a mensagem de que não espera sua colaboração. Essa postura não valoriza a participação da criança e, portanto, não a respeita, objetificando-a.

Ainda segundo a autora, o processo de tomada de consciência não ocorre de forma automática. Para orientar os movimentos, Pikler criou um manual com indicação passo a passo de uma coreografia dos cuidados (Tardos, 1992). Sobre respeito e liberdade de movimentos, Pikler não acreditava que um sujeito passivo poderia tornar-se ativo a partir da intervenção do adulto. Nesse sentido, a abordagem não prevê que o cuidador coloque um bebê em uma posição que ele não consiga conquistar sozinho. Nenhuma postura é antecipada (Falk, 2021).

Metodologia

O trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório a partir das demandas apresentadas na coleta de dados realizada por meio de entrevistas qualitativas. O resultado esperado é uma proposta de ações e reflexões a serem sugeridas inicialmente para uma empresa específica que presta serviço de *home care*. Não se trata, no entanto, de uma proposta limitada ao contexto de uma única empresa, podendo ser replicada por outras instituições que oferecem o mesmo serviço.

As entrevistas foram realizadas com a mãe de uma criança com deficiência física em decorrência de uma paralisia cerebral e os pais

de uma criança que adquiriu deficiência após anoxia em decorrência de um acidente doméstico. Ambas as famílias recebem atendimento da mesma empresa de saúde e foram selecionadas por se enquadrarem no regime de internação hospitalar.

Para Yin (2016), a entrevista qualitativa representa a grande maioria das entrevistas por possibilitar que não exista um roteiro rígido. Nela, o pesquisador tem uma concepção mental do que perguntará e irá fazendo ajustes conforme o contexto e as especificidades de cada participante. A perspectiva é conduzir a atividade em um tom mais informal, sugerindo uma conversa, para que dessa maneira os participantes sintam-se à vontade para falar de temas tão delicados.

Antes de iniciar a entrevista, foi realizada uma conversa com a entrevistadora, a fim de estabelecer uma identificação por parte dos participantes. Conforme Rosa e Arnoldi (2014), inúmeros e renomados pesquisadores consideram imprescindível que o entrevistador promova uma acolhida com o entrevistado para que ambos estabeleçam um vínculo afetivo que influenciará nas respostas, que a partir disso tendem a ser mais reais e fornecidas com maior comprometimento pelo entrevistado, que irá querer colaborar. É a partir desse contato inicial, o qual preferencialmente deve ser feito em momento anterior à entrevista, ou ao menos alguns minutos antes de seu início, que entrevistador e participante passarão a ter uma relação de confiança que irá fazer com que a conversa flua espontaneamente. O fato de a pesquisadora ter um filho em regime de internação domiciliar contribuiu para que houvesse um vínculo de identificação com os entrevistados.

Os relatos das famílias entrevistadas serviram de subsídio para reflexões e críticas acerca das experiências vividas por elas, e acredita-se que por outras famílias na mesma condição. A análise dos dados foi sendo realizada em concomitância com a revisão bibliográfica,

pois as contribuições dos participantes foram norteando as temáticas a serem exploradas no aprofundamento teórico do trabalho.

Para estar de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes assinaram um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, após serem informados dos objetivos da entrevista. O anonimato de todos os envolvidos será mantido e a identificação dos sujeitos ao longo do texto será feita através de nomes fictícios.

Foram convidadas ao todo cinco famílias que recebem atendimento da empresa que aceitou participar do trabalho. Uma mãe e um casal concordaram em participar.

Resultados e discussão

Análise do discurso

Raquel tem 35 anos e é divorciada. Seu filho, Pablo, de 14 anos, tem paralisia cerebral e recentemente passou a precisar de uma traqueostomia e a fazer uso contínuo de oxigênio, após contrair Covid-19 durante uma internação hospitalar. O uso da traqueostomia fez com que os médicos indicassem o retorno para casa em regime de internação domiciliar.

Antes dessa nova condição de Pablo, a madrasta de Raquel colaborava cuidando do menino para que a mãe pudesse trabalhar como massoterapeuta, função que ela exercia de forma autônoma e contribuía com a renda da família. O pai de Pablo participa financeiramente, mas não possui quase nenhum contato com o menino.

Quando Pablo retornou do hospital usando uma traqueostomia, a madrasta de Raquel recusou-se a ajudar, alegando medo por ser uma pessoa idosa. Atualmente Raquel é a única cuidadora do filho. Além de Pablo, ela tem uma filha de 12 anos.

À época da entrevista, Raquel estava há quatro meses vivendo essa nova realidade em casa e relatou diversas dúvidas sobre a internação em si, como funciona e também sobre seu papel diante de seu filho. Dividiu com a entrevistadora sua dificuldade em aceitar que outra pessoa passasse a cuidar de Pablo. Apesar de possuir direito a acompanhamento de enfermagem 24 horas, até pouco tempo antes da entrevista preferia não aceitar esse tipo de atendimento e responsabilizava-se sozinha por todo o cuidado. Naquele momento, Raquel havia encaminhado a solicitação de acompanhamento de equipe de enfermagem e aguardava a decisão do plano de saúde. Ela ainda não sabia se iria optar pelo acompanhamento por 6, 12 ou 24 horas. Até então, Pablo tinha atendimento diário com a fisioterapeuta e uma visita mensal da nutricionista e da enfermeira que auxiliavam no acompanhamento do menino, orientando a mãe. A enfermeira auxiliava a mãe no controle dos materiais e fazia a comunização da família com a empresa de home care.

Ao ser questionada a respeito das principais dificuldades enfrentadas a partir do regime de internação hospitalar, Raquel relata:

> O Pablo sempre foi muito magrinho, sabe? E aí tinha uma locomoção. Agora ele está crescendo, mais pesado, então eu tenho dificuldade com ele, no manuseio. Tem o oxigênio contínuo e, quando eu tiro, ele fica nervoso, sabe? Então isso me causa um estresse que até afeta o estômago [risos envergonhados]. É que, por mais tranquila que eu seja, a situação ainda é muito recente. E também eu sinto falta de fazer caminhadas. Porque, assim... eu sempre tive o hábito de me exercitar. Não é a mesma coisa comprar uma esteira e fazer em casa, eu ainda não tive essa possibilidade.

A implementação de um projeto que contemple o cuidado centrado na família, a partir dos estudos de Barbosa et al. (2008), pode ser de grande valia para contribuir com o processo de elaboração desses sentimentos de angústia e com o empoderamento da família diante da situação de um filho em regime de internação domiciliar.

Durante as entrevistas, foi possível perceber a importância da identificação através de uma fala de Raquel: "(...) de mãe pra mãe, numa mesma condição. Como é que eu vou dizer? (...) por mais que as psicólogas tenham estudado, elas nunca vão sentir o que a gente sente, sabe?".

Os relatos de Raquel durante a entrevista remetem à necessidade de uma rede de apoio. Santos e Minayo (2020) alertam para o quanto é preciso dar atenção à solidão das mães cuidadoras e sugerem a oferta de oportunidades de trocas de experiências entre as famílias. Além de evitar o isolamento, isso contribui para o processo de construção de identidade pelo qual todos passam. As autoras referem-se às mães, mas neste trabalho amplia-se o olhar para todo o núcleo familiar.

Durante a entrevista, Raquel relata: "O Pablo estava indo na escola. Antes de ficar dessa forma, ele estava indo uma vez por semana na inclusão. Até era uma escola pública aqui de [nome da cidade]". Em seguida, Raquel disse não saber que Pablo tem direito à educação no domicílio.

Apesar de o direito à educação ser garantido pela Constituição Federal de 1988, e o direito à educação em ambiente domiciliar para as crianças em regime de internação ser especificado a partir de 2018 através da Lei nº 13.716, o conteúdo dessas normas ainda é desconhecido pelas famílias das crianças que possuem tais prerrogativas, bem como pela sociedade em geral. Acredita-se que as empresas que oferecem o serviço de home care podem colaborar no sentido de prestar esclarecimentos sobre a legislação em questão, assim como no ato de incentivar as famílias a buscarem esse direito. O acesso à educação pode proporcionar maior dignidade à criança porque promove sua participação na sociedade.

A segunda mãe que aceitou participar da entrevista avisou que seu esposo, pai do filho em regime de internação hospitalar, gostaria

de participar. A atividade foi reagendada para acomodar os horários de forma a possibilitar a participação do casal ao mesmo tempo.

Marcelo, 36 anos, profissional de tecnologia da informação, e Daniela, 34 anos, do lar, contaram que estavam em casa há sete meses com o filho, que sofreu um acidente doméstico no ano anterior e teve sequelas após um episódio de hipóxia. O menino Gustavo tinha dois anos e meio na época do acidente, que foi seguido de uma internação de 99 dias, sendo a metade do período na UTI pediátrica.

A família relata angústia com as alterações de prognósticos dados pelos médicos durante a internação. Em materiais pesquisados pela autora do trabalho, essa dificuldade com prognósticos distintos e diversos, assim como a dificuldade em assimilar informações que não fazem parte da rotina da maior parte das pessoas, encontram-se presentes nos relatos das famílias em geral.

Marcelo fala sobre a tristeza diante dos prognósticos que foram recebendo ao longo da internação:

> Ele tem três anos. O acidente foi com dois anos e meio. Nessa metade dos 99 dias que eu te falei que a gente passou lá na UTI, no primeiro um mês e meio, por aí... o primeiro prognóstico não era tão negativo pro Gustavo. Disseram que o Gustavo teria que tomar um anticonvulsivante por muito tempo ainda, mas que a situação não era tão grave. Que isso só iria reencapar alguns fiozinhos, foi isso que disseram pra gente numa linguagem mais leiga. E depois de um tempo começaram essas crises que a gente comentou de hipertonia. Foram bem tristes e tudo mais, e aí simplesmente não achavam uma maneira nem de o Gustavo dormir. Por causa dessas crises. Então, depois disso, já nos chamaram para uma sala para nos informar que o prognóstico não era tão positivo. O Gustavo não ia sentar, não ia se alimentar sozinho, não ia pra escola.

A mãe complementa: "Não ia falar". O pai repete: "Não ia falar. O prognóstico foi bem negativo, assim, de destruir a gente, sabe?".

A entrevistadora questiona: "E como vocês lidam com esse prognóstico hoje? No que vocês acreditam?".

A mãe responde: "É que hoje a gente já vê uma evolução absurda do Gustavo desde que ele saiu do hospital. Então a gente vê que nem sempre o prognóstico está certo".

Marcelo e Daniela relatam como receberam a notícia da desospitalização e contam sobre seu conhecimento prévio acerca do serviço de home care:

> "*Home care*" no início foi periclitante. Periclitante mesmo. Pra mim, estou falando por mim, não sei pela Daniela, porque a gente nunca conversou sobre isso. Pra mim foi muito difícil voltar pra casa. Sabe, eu sentia que eu não ia ter a ajuda que eu teria no hospital, todos os recursos que eu teria no hospital. Eu achava bom voltar pra casa pra poder ter o conforto pra ele voltar a lembrar das coisinhas dele, mas eu tinha uma insegurança enorme. (...) Eu ouvia falar em alta e eu dizia: "Ai, meu Deus. Como assim alta?". (Marcelo)

Ao ser questionado a respeito da terminologia utilizada pelo hospital, Marcelo diz:

> No início eles falavam em desospitalização. Aí a gente falava em "*home care*" e o médico disse que o termo não é "*home care*", é desospitalização. E eu preocupado pensando: "Será que a mesma coisa?".

Daniela relata ter ouvido falar sobre o serviço, mas desconhecer detalhes:

> Eu fiquei sabendo, porque eu converso com uma mãe lá de Santa Catarina que o filho dela teve esse mesmo acidente. Ela falou do tal "*home care*". Eu não sabia nem o que era, porque a gente não conhece ninguém que tenha. Aí eu tomei conhecimento do que era "*home care*". Fui pesquisar para saber se a gente teria direito ou não e como funcionava. Aí a gente começou a questionar, estava prevista uma alta e a gente começou a questionar, porque a gente ia solicitar o "*home care*".

Esses relatos vêm ao encontro do estudo apresentado por Leite et al. (2019), que fala acerca da sobrecarga de sentimentos que a notícia da desospitalização proporciona à família.

Marcelo relata como foi o início do processo de internação no domicílio:

> O início, assim... principalmente com técnicas de enfermagem, é bem complicado. Não sei o que acontece. Se "*home care*" é o primeiro emprego ou a primeira experiência de técnicas de enfermagem. Bom, a gente passou os 99 dias e a gente já sabia cuidar do Gustavo, sem nem saber nada da área de saúde nem nada, mas de observar, de aprender com os técnicos de hospital, fisioterapeutas. A gente teria condições de cuidar do Gustavo sozinhos e aí a gente pega pessoas fazendo tudo ao contrário do que a gente aprendeu dentro do hospital. Foi bem difícil. Umas situações... Bom, se contar, ninguém acredita.

Ainda para Leite et al. (2019), além da apreensão, a desospitalização passa também por um período em que os sentimentos ruins dão lugar a uma sensação de aplacamento dos medos, pois a família vai passar a contar com ajuda especializada em casa. Entre algumas mães, no entanto, persiste certa dificuldade em partilhar o cuidado.

Nos relatos dessa família, mostra-se novamente adequada e necessária uma proposta de atendimento que contemple o cuidado centrado na família, baseando-se mais uma vez naquilo que nos apresentam Barbosa et al. (2008) ao longo do trabalho. Acredita-se que tornar o núcleo familiar da criança parte essencial da internação domiciliar seja fundamental no que tange tanto à qualidade do processo quanto à preparação da família para assumir todos os cuidados da criança com o passar do tempo. Além da qualidade de vida dos envolvidos, Shelton (2009) credita ao investimento no cuidado centrado na família a otimização dos recursos financeiros, materiais e humanos.

Ao longo do trabalho, as dificuldades apresentadas pelos participantes foram consideradas na concepção de uma proposta de apoio a partir das demandas das famílias.

A proposta

Por meio da pesquisa para o referencial teórico do trabalho, a proposta foi tomando corpo. Antes de qualquer sugestão prática, emerge a necessidade de reflexão sobre uma nova cultura que embase o serviço de home care. Um olhar para a família, para o cuidado centrado na família, faz-se urgente.

Diante da constatação da fragilidade da família em uma situação de internação domiciliar de um filho, a sugestão de um grupo de apoio parece ser adequada. Considerando as dificuldades de se ausentar da residência, o ideal é que esse apoio seja oferecido virtualmente. Como é uma proposta que envolve a necessidade de recursos humanos para viabilizar o andamento do grupo, sugere-se que a empreitada seja planejada e coordenada por uma assistente social – função já existente na empresa que aceitou participar do estudo –, mas acompanhada por profissionais de Psicologia em regime de estágio, preferencialmente do curso de especialização em Psicologia Hospitalar.

A partir da constatação da importância da disseminação de informação para as famílias, sugere-se a produção de materiais gráficos, em forma de manuais, e outros em formato audiovisual, os quais possam dirimir as mais variadas dúvidas e sejam de fácil distribuição, a fim de garantir que sejam replicados a todos os envolvidos. Recomenda-se a produção de materiais que utilizem a técnica de storytelling, a partir de exemplos de famílias que já se beneficiaram do serviço de home care.

Diante do relato de uma das entrevistadas acerca da falta que lhe fazem os exercícios físicos que mantinha antes da nova situação do filho, propõe-se um programa de exercícios viabilizado através de um material em vídeo produzido por profissionais de fisioterapia que fazem parte do quadro funcional da empresa. Tal material pode conter orientações de alongamentos e exercícios e ser disponibilizado tanto para as famílias quanto para os profissionais da empresa e os prestadores de serviços.

Como uma das maneiras de promover a autonomia e o desenvolvimento da criança, assim como a sensação de pertencimento a uma comunidade, sugere-se a busca pelo direito ao Atendimento Pedagógico Domiciliar, garantido pela Lei nº 13.716 (Brasil, 2018). Por ser uma modalidade de ensino ainda pouco conhecida, acredita-se que a empresa que oferece o serviço de home care possa divulgar essa possibilidade para a família, que possui tal prerrogativa desde a primeira infância da criança.

Em relação à Abordagem Pikler, aponta-se a sugestão de um programa de formação constante destinado aos profissionais da empresa e de aconselhamento às famílias que desejarem. A referida abordagem elenca princípios que são estranhos aos valores básicos de algumas pessoas; em razão da preocupação em assegurar o respeito até mesmo diante da decisão de alguém de não concordar com o ponto de vista pregado pela abordagem, a orientação é de que nada seja imposto, e sim sugerido.

Mesmo que algumas famílias não venham a ser adeptas à Abordagem Pikler, entende-se que a adoção de seus princípios seja um potencializador de uma mudança que proporcione bom avanço no que diz respeito ao processo de humanização das práticas da empresa, viabilizando um programa efetivo de cuidado centrado na família.

Os cuidados devem contar com a participação da criança, mesmo que seja de modo simples, como por meio do consentimento através do olhar, que em alguns casos pode ser a única forma de comunicação da criança. Nesses casos, faz-se necessária uma observação ainda mais apurada para que se compreenda a criança, seus desejos ou seus desconfortos. Quando não for possível evitar algum desconforto ou até mesmo a dor, sugere-se que seja garantida a segurança da criança a partir da antecipação clara e verdadeira de tudo o que irá acontecer. Julga-se que a estratégia de "enganar" ou distrair não está em consonância com a Abordagem Pikler.

Como o trabalho versa sobre crianças com condições complexas de saúde, há que se fazer algumas observações. As sessões de fisioterapia oferecidas por profissionais vinculados ao serviço de home care são orientadas a partir de objetivos da equipe de saúde para cada criança. Devido às características individuais, algumas adaptações se fazem necessárias, mas nada impede que prevaleça o respeito do profissional pela criança, que pode e deve ser convidada a participar dentro de suas possibilidades. Em alguns casos ou momentos, o movimento será direcionado e conduzido pelo profissional; a criança, porém, precisa ser informada com antecedência, e o toque precisa ser respeitoso. De acordo com uma perspectiva orientada pela Abordagem Pikler, a criança não deve ser distraída para que não chore durante uma sessão de terapia, por exemplo. O profissional precisará construir junto da criança uma maneira de realizar as atividades com consciência por parte dela, que será convidada a participar e será respeitada em suas recusas.

***

O regime de internação domiciliar é uma realidade que afeta um número restrito de famílias. Em parte isso ocorre porque o quadro

de saúde que requer esse tipo de atendimento não é corriqueiro, e também porque o serviço não está presente no rol de serviços previstos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). É, portanto, um serviço restrito a contratos específicos de seguradoras de saúde ou a ações judiciais impetradas por famílias que requerem na justiça o direito de levar seu filho para casa nesse regime.

Pensar em um processo de humanização para um serviço tão restrito pode parecer um desperdício de esforço; entretanto, acredita-se que a peculiaridade da experiência vivida pelas famílias que precisam desse tipo de atendimento para um filho justifica todo e qualquer esforço que vise qualificar o serviço.

Durante a pesquisa, o problema que visava investigar alternativas e, por fim, propor algumas ações a serem adotadas levou a uma reflexão no tocante aos desafios enfrentados pelas famílias, desencadeando a busca por uma proposta que pudesse proporcionar uma mudança mais profunda na forma de olhar o serviço em questão. Algo para além de uma lista de ações: uma nova postura a ser adotada, um posicionamento que prima pelo respeito que a situação requer e merece. A investigação por uma teoria que pudesse embasar um projeto de humanização teve o feliz encontro com uma abordagem que vai muito além de uma lista com algumas sugestões, uma proposta que convida a um olhar sensível e respeitoso para a vida.

Não se pode esquecer que estamos falando de um sistema privado de saúde. A empresa de home care presta serviço ao paciente, mas tem como cliente os planos de saúde. Cada família usuária do serviço possui um plano com características próprias e possui direito a um pacote de serviços personalizado. Até mesmo serviços de acompanhamento de um assistente social ou psicólogo precisam fazer parte do pacote aprovado para aquele atendimento. Talvez falte aos planos de saúde a compreensão de que uma acolhida adequada e um processo de escuta ativa podem ser encarados como um investimento, já que o serviço de

home care não deve ser visto como algo para toda uma vida. Existe o objetivo de que a família assuma os cuidados, mas acredita-se que a segurança para que isso ocorra seja forjada durante um processo de internação domiciliar bem conduzido.

Seria utópico pensar em propor uma especialização na Abordagem Pikler no contexto de uma empresa de saúde que oferece o serviço de home care. Entende-se, contudo, que seja possível propor uma tomada de consciência sobre a riqueza que os princípios da abordagem poderiam trazer para a realidade de uma internação domiciliar. A partir disso, aos poucos, uma nova forma de se pensar o cuidado com a criança internada pode ser implementada.

Referências

Angelo, M. (1999). Abrir-se para a família: superando desafios. UFPR. Biblioteca Digital de Periódicos. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 1(1).

Appel, G., & David, M. (2021). *Maternagem insólita*. São Paulo: Omnisciência.

Associação Pikler-Lóczy da França. (2008). Quando nós tocamos o corpo do bebê... *Revista Spirale*, 3(47), p. 203-209.

Barbosa, M. A. M., Balieiro, M. M. F. G., & Pettengil, M. A. M. (2012). Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. *Texto & contexto enfermagem*, Florianópolis, 21(1), p. 194-199, jan./mar.

Barbosa, M. A. M., Chaude, N. M., & Gomes, M. M. F. (2008). Experiences of mother of disabled children: a phenomenological study. *Acta Paul Enferm*, 21(1), p. 46-52.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*.

Brasil. (1990). *Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 9 de julho de 1990*.

Brasil. (2006). *Ministério de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006*.

Brasil. (2018). *Lei nº 13.716, de 24 de setembro de 2018*.

Cohen, E. et al. (2001). Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. *Pediatrics*, Springfield, III, 107(6), p. Epp, June.

Diniz, D. (2012). *O que é deficiência*. São Paulo: Editora Brasiliense.

Domingos, L. (2016). *Pikler: conheça a abordagem educativa baseada no vínculo afetivo*. Portal Luneta.

Elias, E. R., & Murphy, N. A. (2012). Home care of children and youth with complex health care needs and technology dependencies. *Pediatrics*, 129(5), May.

Falk, J. (2021). *Educar os três primeiros anos: a experiência de Lóczy*. 3. ed. São Carlos: Pedro e João Editores.

Instituto for Patient and Family. Centered Care. (2002).

Johnson, B., Abraham, M., & Shelton, T.L. (2009). Patient- and family-centered care: Partnerships for quality and safety. *North Carolina Medical Journal*, 70 (2), p. 125-130.

Leite, R. C. et al. (2019). Vivendo o impacto de retornar com o filho para a casa acompanhado do Home Care, segundo a perspectiva do cuidador familiar: um estudo qualitativo. CIAIQ. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, p. 259-268.

Maior, I. M. M de L. (2017). Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos. *Inclusão Social*, 10(2).

Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. Houndmills: The Macmillan Press Ltd.

Rosa, M. V. de F. P. do C., & Arnoldi, M. A. G. C. (2014). *A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica.

Santos, L. F., Oliveira, L. M. de A. C., Munari, D. B., Peixoto, M. K. A. V., & Barbosa, M. A. (2012). Fatores terapêuticos em grupo de suporte na perspectiva da coordenação e dos membros do grupo. *Acta paul. Enferm*, 25(1).

Santos, V. T., & Minayo, M. C. de S. (2020). Mães que cuidam de crianças dependentes de tecnologia em atendimento domiciliar. *Physis*, 30(4).

Shields, L., Zhou, H., Pratt, J., Taylor, M., Hunter, J., & Pascoe, E. (2007). Family-centred care for children in hospital (Review). *Cochrane Database Syst. Rev*. 1, p. 1-29.

Soares, S. M. (2020). *Vínculo, movimento e autonomia. Educação até 3 anos*. São Paulo: Omnisciência.

Solomon, A. (2020). *Longe da árvore: pais, filhos e a busca da identidade*. São Paulo: Companhia das Letras.

Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.

Tardos, A. (1992). A mão da educadora. *Revista Infância*, 11.

Tavolari, C. E. L., Fernandes, F., & Medina, P. (2000). O desenvolvimento do 'Home Health Care' no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, 3(9), p. 15-18, out./dez.

Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Trad. Daniela Bueno. Porto Alegre: Penso.

CAPÍTULO 15

Interlocução saúde e educação: a experiência de um hospital de reabilitação no contexto da inclusão escolar em MG

Vânia Loureiro Silva

Esse relato insere-se no contexto de uma reflexão sobre inclusão de alunos com deficiências, nas escolas comuns de MG e a contribuição da equipe de reabilitação do Hospital Sarah BH, na construção da educação inclusiva. Sobre a possibilidade de interlocução saúde e educação, no contexto da educação inclusiva, Collares e Moysés (1987) enfatizam a relação entre saúde e educação, afirmando que ambas trabalham com o mesmo sujeito – o ser humano – e com o mesmo propósito: propiciar-lhe seu pleno desenvolvimento e bem-estar. Estes dois campos conseguem, então, potencializar suas ações quando buscam trabalhar em conjunto.

Apesar de legislação robusta em relação à inclusão, no Brasil, a escola ainda é lugar para um sujeito universal e não para todos. O direito à educação não se restringe ao direito de acessar à escola, mas sim aprender com qualidade.

Dados divulgados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) mostram que, em 2019, segundo Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 16,6% da população brasileira com deficiência possuía ensino médio completo ou superior incompleto. Também se constatou que 67,6% da população com alguma deficiência não tinha instrução ou tinha o ensino fundamental incompleto.

Estudos apontam que conhecer a condição dos alunos e promover a formação dos professores são aspectos que favorecem o processo de aprendizagem e que as equipes de saúde têm importante contribuição.

A ideia de uma sociedade inclusiva fundamenta-se numa filosofia que reconhece e valoriza a diversidade como característica constituinte de qualquer sociedade. O movimento mundial de inclusão destaca a necessidade de alcançarmos uma educação para todos. A educação inclusiva é antes de tudo uma questão de direitos humanos, pois combate a segregação da pessoa como consequência de sua deficiência, dificuldade de aprendizagem, gênero, pertencimento a minoria étnica etc. Desta forma, pensar a inclusão escolar de todos os educandos significa reivindicar uma ação educativa que responda de maneira mais eficaz à diversidade dos alunos. Se a vida humana se caracteriza pela diversidade e multiplicidade de formas de existência, a formação dos professores, neste contexto da inclusão, precisa incluir reflexões acerca do trabalho pedagógico na diversidade.

Nesta perspectiva, a Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação (SEESP/MEC), no documento *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*, define que:

> A educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola. (Brasil, 2008)

Também a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, foi criada em 2015 com o objetivo de "assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania" (Brasil, 2015).

Ela é uma adaptação da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU e trata da acessibilidade e da inclusão em diferentes aspectos da sociedade como: saúde, educação, tecnologia, mercado de trabalho, assistência social, transporte, entre outros.

Mantoan (2020, p. 83) afirma que:

> munidos dos argumentos da singularidade dos alunos e do direito de todos de frequentar escolas que os acolhem sem quaisquer diferenciações em razão de deficiência, raça, religião, ou outras formas de discriminação, chegamos ao que pretende a inclusão: uma escola para todos os alunos!!

Rodrigues (2020, p. 64) define que "a inclusão significa que a escola deve se reformar no sentido de tirar proveito da heterogeneidade em lugar de procurar extingui-la com vãs tentativas de criar homogeneidade". Também Rodrigues afirma que a inclusão é um farol que nos faz caminhar. Pode-se pensar num farol que consiga iluminar e trilhar o caminho em busca de uma sociedade justa, humana, ética e plural, que garanta a participação de todos os seres humanos.

Adolf Ratzka, fundador do Instituto de Vida Independente da Suécia, define sociedade inclusiva como:

> uma sociedade para todos, independentemente de sexo, idade, religião, origem étnica, raça, orientação sexual ou deficiência; uma sociedade não apenas aberta e acessível a todos os grupos, mas que estimula a participação; uma sociedade que acolhe e aprecia a diversidade da experiência humana; uma sociedade cuja meta principal é oferecer oportunidades iguais para todos realizarem seu potencial humano. (Ratzka, 1999)

Inclusão é a garantia de todos ao acesso contínuo do espaço comum da vida em sociedade, orientada para o acolhimento à diversidade humana e pautada em ações coletivas que visem equiparação de oportunidades de desenvolvimento de dimensões humanas. A implementação de uma política de inclusão significa uma ruptura, diária, com a ideologia da exclusão.

Hoje, como pedagoga hospitalar atuando nos programas de reabilitação infantil no Hospital Sarah de BH, busco contribuir para o processo de inclusão escolar dos alunos com deficiências e para a formação de seus professores, entendendo que este trabalho conjunto

hospital-escola é fundamental para a efetiva construção de uma escola para todas as crianças: justa, acolhedora das diferenças infantis, democrática, adaptada às diferentes necessidades do universo plural infantil.

O compromisso dos educadores no contexto hospitalar é fundamentalmente com o acompanhamento do processo ensino-aprendizagem das crianças, jovens e adultos e envolve também a troca com as equipes escolares (Barros, 1999; Santos, 2000; Silva, 2001).

Através de intervenções psicopedagógicas, os educadores podem contribuir na descoberta e no desenvolvimento das potencialidades dos sujeitos. É preciso que a diferença seja percebida como mais uma possibilidade no universo plural da existência humana, e não como a marca da falta, da desvalorização e do preconceito. Sobre a significação da diferença, Marques e Marques, elucidam que:

> ser diferente não significa mais ser o oposto do normal, mas apenas ser diferente. Este é, com certeza, o dado inovador: o múltiplo como necessário, ou ainda, como único universal possível, o que deriva em práticas sociais de reconhecimento e respeito pelo outro. (Marques & Marques, 2003, p. 234)

Sendo assim, a função do educador no hospital é oportunizar diferentes situações significativas de aprendizagem que contribuam no processo de reabilitação e no desenvolvimento dos sujeitos.

Ceccim (1997) considera que o objetivo de uma escuta pedagógica em um ambiente hospitalar é afirmar positivamente a experiência da doença ou hospitalização e não marcá-la como ruptura com os laços interativos da aprendizagem de si, do mundo, das relações.

Os desafios da construção de uma escola para todos, adaptada à humanidade real, devem basear-se no entendimento de que os campos da saúde e da educação são práticas em constante transformação.

Objetivo

O objetivo desse trabalho foi relatar a experiência construída em um hospital de reabilitação em Belo Horizonte, no processo de inclusão escolar de alunos com deficiências, acompanhados na Reabilitação Infantil, ao longo de 21 anos (1998- 2019), junto às suas famílias e equipes pedagógicas.

Materiais e métodos

A intervenção educativa desenvolvida pelo Hospital totalizou três estratégias, divididas da seguinte forma: seminários informativos para equipes escolares, visitas escolares com a participação das famílias e discussões de casos organizados por diagnósticos.

Uma intervenção é constituída pelo conjunto de meios (humanos, físicos, simbólicos), organizados em um contexto específico, em dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (Contandriopoulos et al., 1992).

Segundo Morin (2005), para compreender não basta apenas explicar. Na explicação utiliza-se todos os meios objetivos do conhecimento, que são insuficientes para compreender o ser subjetivo. Ainda em suas palavras (2005, p. 51), "a compreensão humana nos chega quando sentimos e compreendemos os humanos como sujeitos; ela nos torna abertos a seus sofrimentos e alegrias. É a partir da compreensão que se pode lutar contra o ódio e a exclusão".

Para fundamentar o planejamento da intervenção educativa, considera-se a concepção de que o conhecimento é construído na relação entre o sujeito e o objeto de conhecimento, como resultado das interações sujeito e meio. Ao longo de todo o processo educativo, dialoga-se com alguns autores, fundamentando a perspectiva da educação enquanto prática social, a relação dialógica entre

educadores e educandos e a dimensão do ser humano presente nas práticas educativas. Como Paulo Freire (2006) nos ensina, pensar certo é ato comunicante, é entendimento coparticipado e, por isso, dialógico.

Nesta intervenção educativa, parte-se da concepção de educação como ação intersubjetiva, mediada pela linguagem e situada em um contexto sócio-histórico. A concepção de sujeito da aprendizagem foi embasada na teoria de Vygotsky (1987), quando enfatiza a dimensão sócio-histórica do desenvolvimento humano que ocorre através das interações sociais.

Optou-se por uma metodologia que incentivasse a reflexão sobre a prática, possibilitando troca de experiências e opiniões e estimulando a participação das professoras e evitando utilizar uma pedagogia de "transmissão de conteúdos". Buscou-se desenvolver estratégias educativas que privilegiassem ações dialógicas e compartilhadas. Algumas escolhas para as estratégias utilizadas tinham como objetivo a vivência e a reflexão do professor, a partir de algumas dificuldades enfrentadas por seus alunos no espaço escolar.

Os programas de reabilitação infantil do referido hospital vêm atuando junto às escolas e Secretarias Municipais e Estaduais de Educação desde 1997, buscando contribuir para o processo de inserção e reinserção escolar das crianças com diversas deficiências e para a formação dos professores das escolas nas quais os alunos estão inseridos.

Este trabalho conjunto entre a Saúde e a Educação, ou seja, entre o Hospital de Belo Horizonte e as escolas, vem acontecendo de duas formas. O atendimento pedagógico durante o período de internação dos pacientes, que objetiva minimizar os efeitos da hospitalização na medida em que atende às necessidades básicas de desenvolvimento das crianças e adolescentes hospitalizados, possibilitando também que eles mantenham o vínculo com suas vidas e

rotinas fora do hospital. Em relação às atividades escolares, a possibilidade do aluno estudar no hospital evita a defasagem de conteúdos e uma possível exclusão escolar (Barros, 1999; Fonseca, 1998; Santos, 2000).

A outra forma de interlocução entre o hospital e a equipe da escola acontece através do acompanhamento psicopedagógico para as crianças e adolescentes que são atendidos em sistema ambulatorial. Nesses atendimentos, a equipe orienta a família sobre a importância da inserção escolar da criança, o mais cedo possível. Um dos objetivos desse trabalho é acompanhar os pacientes em sua escolarização, oferecendo suporte para a equipe escolar em relação ao esclarecimento do diagnóstico, orientação quanto às adaptações e materiais necessários, eliminação de barreiras e sugestões de intervenções psicopedagógicas adequadas às suas necessidades.

Em 1997, foi realizada uma reunião no hospital com representantes da Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Estadual de Educação, escolas especiais municipais e estaduais e salas de recursos de Belo Horizonte. O objetivo era apresentar os serviços do Hospital para a Rede de Educação e conhecer os serviços da Rede Municipal e Estadual de Educação. Na ocasião tinha-se uma lista de crianças acompanhadas para serem inseridas no ano seguinte na rede regular de ensino, no 1º ano. Sugeriu-se, então, formas de cooperação no processo de inserção escolar dos alunos, nessas redes de educação.

Desde 1998, iniciou-se algumas estratégias para viabilizar este suporte à equipe escolar: com a realização de visitas escolares, estudos de caso com os professores dos alunos acompanhados no hospital, seminários informativos para as equipes pedagógicas, reuniões nas escolas, acompanhamentos de atendimentos no hospital, grupos de estudo e participação no fórum de saúde. Esse relato focou nas três estratégias iniciais.

As visitas escolares eram realizadas semanalmente, no turno da manhã e da tarde, por demanda da família, da escola ou da equipe hospitalar, e podiam ser realizadas por vários profissionais do hospital (médico, terapeuta funcional, psicólogo, pedagogo, enfermeiro), dependendo do objetivo específico delas.

Sempre que possível e que a escola permitia, dividia-se o tempo da visita entre a reunião e um tempo de observação do aluno em sala e nos espaços escolares. Assim, foi possível observar o posicionamento, o deslocamento do aluno e a interação com colegas e professores. Nas reuniões, inicialmente as dúvidas e questões da escola e da família eram colocadas. Sempre se sugeria que a família esclarecesse o diagnóstico ou alguma dúvida da escola, objetivando o empoderamento da família.

Os estudos de casos foram organizados pela pedagogia hospitalar e pela fisioterapia, algumas vezes com a participação das Secretarias de Educação de Belo Horizonte e de outros municípios da região metropolitana, reunindo as equipes pedagógicas e a equipe do hospital para discutir o processo pedagógico dos alunos acompanhados. Esses encontros eram iniciados com as dúvidas e questões dos professores e preparado, então, o estudo de caso com esclarecimentos do diagnóstico e nossa avaliação, sugestões de adaptações e materiais alternativos. Como alguns estudos de casos foram realizados por diagnósticos, as professoras tiveram a oportunidade de conhecer outros alunos, com idades e especificidades diferentes e mesmo diagnóstico.

Em muitas pesquisas sobre o processo de inclusão escolar de pessoas com deficiências, um dos aspectos apontados pelos professores e pais como obstáculo à inclusão é a falta de preparo e formação para o trabalho escolar com os alunos. Os professores sentem-se inseguros e despreparados para esta nova tarefa e alguns ressaltam o descaso do poder público com esta questão (Bueno, 1999; Diniz & Rahme, 2004; Glat, 1995; Mantoan, 2003).

Os seminários informativos envolveram os seguintes temas: "A inclusão escolar do aluno com alterações motoras na educação infantil", "A inclusão escolar do aluno com paralisia cerebral", "A inclusão escolar do aluno com mielomenigocele", "E se falta a palavra, qual comunicação, qual linguagem? Abordagem da comunicação alternativa para alunos com alterações motoras", "Educação física e inclusão: construindo possibilidades".

Para a realização dos seminários no espaço físico do Hospital foram necessários suportes de outros setores: Recursos Humanos, Biblioteca, Higiene e Apoio, Segurança, Nutrição, Informática e Comunicação.

As palestras se caracterizaram como espaços de formação e buscaram a troca de saberes e experiências, objetivando contribuir para a reflexão da prática pedagógica e abordaram os seguintes conteúdos: inclusão social; CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade; perspectivas de inclusão escolar para crianças com deficiências e a abordagem para a diversidade na educação; marcos legais no âmbito da Educação e direitos humanos para pessoas com deficiências; esclarecimento de diagnósticos; sugestões de adaptações para as atividades de vida diária no espaço escolar; alternativas para o trabalho pedagógico com crianças que apresentem alterações motoras; abordagem da comunicação alternativa (alternativas para fala e escrita) no trabalho escolar destes alunos com dificuldades na expressão verbal e/ou escrita em função de seu quadro motor; processos de aprendizagem e avaliação; flexibilizações curriculares e as possibilidades de inclusão da criança com alterações motoras nas atividades de educação física escolar.

Durante esses encontros, realizou-se também uma exposição de materiais adaptados, acessíveis para escolas por serem construídos com material alternativo e de baixo custo, que permitem ao aluno com alterações motoras, que não consegue segurar o lápis, falar

ou manipular alguns materiais da escola, participar das atividades escolares.

Nos seminários havia, também, um momento de dinâmicas entre os professores buscando a reflexão sobre o tema em questão. Por exemplo, no seminário sobre Comunicação Alternativa fez-se uma dinâmica em duplas, no qual um professor era um aluno usuário da comunicação alternativa e o outro seu professor. Essa dinâmica num primeiro momento acontecia sem suporte para comunicação e no segundo momento, com a utilização de pranchas de comunicação alternativa.

Em todas as palestras eram utilizados trechos de filmes e filmagens de pacientes para contribuir com a reflexão sobre os temas estudados. Teixeira e Lopes (2003) definem Educação e Cinema como artes diferentes. A Educação, como arte de tecer vidas e identidades humanas, e o Cinema, como forma de circulação de afetos, como certa maneira de olhar, de recriar a vida. Enfatizam a importância do cinema na formação da sensibilidade dos sujeitos, destacando sua possibilidade de contribuição na formação de educadores.

Morin (2005) enfatiza que o Cinema, a poesia e a Literatura não devem ser considerados principalmente objetos de análises gramaticais, sintáticas ou semióticas, mas também, *escolas de vida, em seus múltiplos sentidos*. O autor destaca que o filme e o romance põem à mostra a relação do ser humano com o outro, com a sociedade e com o mundo. Refere, ainda, que em toda grande obra, de Cinema, de Literatura, de música, de pintura, de escultura, de poesia, há um pensamento profundo sobre a condição humana.

Louro (2000) procura valorizar a dimensão pedagógica do Cinema, enfatizando-a como instância formativa importante, ao mobilizar energias afetivas e emocionais. Duarte (2002) considera o Cinema como um instrumento precioso para ensinar respeito aos valores, crenças e visões de mundo de diferentes grupos sociais.

Saber apreciar filmes, saber avaliar, criticar e identificar elementos de reflexão sobre a própria vida, suas experiências e a sociedade em que se vive são algumas das contribuições da utilização do Cinema na formação de professores.

Os filmes participam na formação de valores por se constituírem como parte de uma expressão social e histórica, na sociedade contemporânea, e são uma fonte de formação humana, repletos de crenças, valores, comportamentos éticos e estéticos da vida social (Loureiro, 2006).

A possibilidade de rever filmes, de vê-los em grupo, aprofundando alguns aspectos da obra, pode permitir leituras diferentes do mesmo filme, quando visto mais de uma vez. Como nos fala Betton (1987), "o Cinema permite que cada espectador conte-se a si próprio, veja-se viver, julgue-se. Revela-nos inúmeros desejos insuspeitos".

Morin (2000), grande amante dos filmes, um "cinemáfogo" como ele mesmo se define, cita que o Cinema desempenhou papel muito importante em sua vida e aprendizado.

> O cinema era interessante porque, a partir da projeção na tela, vemos seres que vivem: nós vivemos através deles assim como eles vivem através de nós. Existe este fenômeno bem conhecido da participação e da identificação que é muito complexo: rimos, choramos, tememos pelos nossos heróis, porém conscientes de que estamos no cinema. Temos uma dupla consciência, uma consciência vigilante que sabe que não estamos presentes fisicamente na tela e uma outra consciência que nos faz viver a vida dos personagens do filme, contrariamente a uma ideia muito simplista que diz estarem os espectadores alienados e que não percebem a diferença entre real e imaginário. (Morin, 2000)

Considerando que o êxito da inclusão escolar depende da qualidade do trabalho docente, buscar desvelar o pensar e o agir dos professores sobre seus alunos com deficiências e sobre o processo de

inclusão escolar em curso constituem uma necessidade no processo de formação dos professores, assim como pensar uma formação em serviço.

Resultados

Tabela l – Participação nos seminários

Ano	Número de participantes
1998	850
1999	900
2000	898
2001	915
2002	997
2003	1033
2004	750
2005	1270
2006	1112
2007	803
2008	758
2009	1001
2010	1203
2011	866
2012	852
2013	828
2014	803
2015	793
2016	900
2017	861
2018	1033
2019	903
TOTAL	19.479

Na tabela 2, os 130 municípios atendidos através dos seminários, e que representam aproximadamente 15% dos municípios de MG (853).

Tabela 2 – Municípios atendidos

BH, Alfenas, Almenara, Araxá, Arcos, Baependi, Baldim, Bambuí, Barbacena, Barão de Cocais, Belo Vale, Bela Vista de Minas, Betim, Bicas, Bom Despacho, Brumadinho, Buritizeiro, Cabo Verde, Caeté, Capitão Éneas, Carandaí, Carmo do Rio Claro, Caxambu, Claudio, Conceição do Mato Dentro, Confins, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Coronel Fabriciano, Contagem, Curvelo, Diamantina, Divinópolis, Elói Mendes, Entre Rios de Minas, Esmeraldas, Fernandes Tourinho, Florestal, Francisco Sá, Frutal, Guanhães, Ibirité, Igarapé, Igaratinga, Inhapim, Ipatinga, Itabira, Itabirito, Itaguara, Itaobim, Itaúna, Jaboticatubas, Jaíba, Janaúba, Januária, Jequitinhonha, João Monlevade, Joaquim Felício, Juatuba, Juiz de Fora, Lavras, Lagoa da Prata, Lagoa Santa, Leopoldina, Manga, Luz, Manhuaçu, Mariana, Mário Campos, Martinho Campos, Mateus Leme, Matipó, Matozinhos, Medina, Montes Claros, Nepomuceno, Nova Lima, Nova Serrana, Nova União, Oliveira, Ouro Branco, Ouro Preto, Padre Paraíso, Papagaios, Pará de Minas, Paracatu, Paraopeba, Passos, Patos de Minas, Patrocínio, Pedro Leopoldo, Pirapora, Pitangui, Pompeu, Ponte Nova, Pouso Alegre, Quartel Geral, Ribeirão das Neves, Rio Piracicaba, Raposos, Resende Costa, Rio Acima, Rio Casca, Rio Manso, Rio Vermelho, Sabará, Salinas, Santa Bárbara, Santa Luzia, Santos Dumont, São Domingos do Prata, São Joaquim de Bicas, São João Del Rei, São José da Lapa, São Tomé das Letras, São Sebastião do Paraíso, Sarzedo, Serro, Sete Lagoas, Taiobeiras, Teófilo Otoni, Timóteo, Três Corações, Três Marias, Três Pontas, Turmalina, Uberaba, Varginha, Várzea da Palma, Vespasiano, Viçosa.

Na tabela 3, apresentamos os dados das vistas escolares realizadas por ano. Em seguida, os diagnósticos solicitados e os municípios atendidos.

Tabela 3 – Visitas escolares

Ano	Número de visitas
1997	9
1998	39
1999	82
2000	82
2001	85
2002	101
2003	93
2004	71
2005	37
2006	45
2007	38
2008	34
2009	31
2010	27
2011	37
2012	60
2013	45
2014	61
2015	52
2016	59
2017	41
2018	42
2019	25
TOTAL	1196

Diagnósticos

A relação dos diagnósticos a seguir está em ordem decrescente. A paralisia cerebral foi o diagnóstico mais solicitado para as visitas escolares e é a patologia infantil de maior número de atendimentos no hospital. Em seguida vem mielomeningocele, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (crianças ainda sem diagnóstico definido), síndromes, TCE – traumatismo crânio encefálico, distrofia muscular progressiva, polineuropatia periférica, lesão medular, miopatia, artrogripose e outros.

Municípios atendidos nas visitas escolares – região metropolitana

As visitas escolares eram agendadas nas escolas dos estudantes, sendo assim, fizemos visitas em escolas municipais, estaduais e particulares. A maioria das visitas foi em escolas públicas.

Em relação aos municípios atendidos, aproximadamente 50% das visitas escolares foram realizadas em BH. Contagem foi o segundo município mais atendido, seguido por Betim, Neves, Ibirité, Santa Luzia, Vespasiano, Sarzedo, Brumadinho, Nova Lima, Esmeraldas, Sete Lagoas, Raposos, Caeté, Sabará, Mário Campos, Lagoa Santa, Juatuba, Ouro Branco, Florestal, Mateus Leme, Matozinhos.

Os estudos de casos iniciaram em 2002 e o objetivo principal foi a discussão específica do aluno, junto com outros professores de alunos também com o mesmo diagnóstico, visando a inclusão e materialidade das escolas.

A proposta foi buscar a participação dos envolvidos no processo de inclusão da criança (professores, coordenadores, profissional de apoio, salas de recursos, Secretaria de Educação, diretores das escolas e o Hospital), para a construção do PDI – plano de desenvolvimento individual do aluno. Foi uma estratégia complementar aos

seminários informativos e buscou-se contribuir na formação continuada e no acolhimento dos alunos.

Nesses encontros, a participação dos profissionais ocorreu da seguinte forma: professores (48%), coordenadores e supervisores (14%), profissionais da Secretaria da Educação responsáveis pela formação de professores (12%), profissionais da Secretaria de Educação que faziam o acompanhamento dos alunos nas escolas (10%), profissionais de apoio (9%), professores das salas de recursos (4%) e direção das escolas (3%).

Alguns encontros ocorreram por regionais, por escolas e, algumas vezes, com diferentes municípios.

Dos diagnósticos discutidos, foram listados a seguir iniciando pelos mais solicitados: paralisia cerebral (48,3%), atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (22,4%), síndromes (10,2%), mielomeningocele (6,8%), doença gênica (5,2%), cromossomopatia (3,4%), paralisia braquial obstétrica (1,7%), ataxia (1,7%).

Cabe salientar que os alunos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor estavam inseridos em creches e escolas de educação infantil e em alguns casos, ao longo do acompanhamento no Hospital Sarah BH, o diagnóstico foi definido como paralisia cerebral.

Em todos os encontros, os educadores avaliaram positivamente, ressaltando a possibilidade de conhecer mais sobre o diagnóstico, poder falar sobre seu aluno e trocar com outros profissionais que também estão vivenciando situações semelhantes.

Surgiram várias questões sobre a política de inclusão dos municípios (encaminhamentos diferentes e contradições entre escolas de uma mesma rede), a construção da inclusão no dia a dia das escolas, a terminalidade específica, a enturmação dos alunos, a formação de professores, a organização material das escolas. Algumas dessas questões também eram percebidas nas visitas escolares, porém, não cabia ao Hospital o aprofundamento delas.

Alguns aspectos negativos foram: a ausência de algum profissional da escola para discussão do caso da criança; a demora das escolas enviarem os nomes dos alunos para preparação da discussão dos casos; a descontinuidade no processo do aluno dentro da escola; e alguns ruídos na comunicação.

Nesses encontros, pode-se observar a abertura para o novo, para o desafio e para a transformação da prática pedagógica já que vários professores relatavam receber os primeiros alunos com deficiências. Começaram a perceber e identificar novos caminhos para aprendizagem e novos indicadores de avaliação dos alunos.

Destaca-se também, as escolas cumprindo seu papel na socialização de saberes, na evolução da aprendizagem dos alunos, na progressão da escolaridade e nas respostas a diversidade de necessidades dos estudantes. As escolas começaram a observar, reconhecer e valorizar as potencialidades dos alunos. A história de cada aluno na sua escola marca, também, o processo de construção da inclusão escolar de uma escola específica e seus educadores.

Através desses estudos de caso, observou-se educadores comprometidos com a construção de uma nova escola: de qualidade, igualitária, acolhedora para todos. Uma escola adaptada às diferenças humanas contribuindo para um mundo mais humano, mais ético e mais justo.

A seguir, destacam-se alguns desafios: a necessidade de outros espaços de trocas; o aprofundamento das questões levantadas; a discussão sobre o processo de cada escola; e a necessidade de identificação contínua de barreiras no processo de inclusão escolar de cada aluno.

Análise das avaliações qualitativas dos seminários

Utilizou-se como instrumento de organização e processamento das avaliações dos seminários a metodologia do Discurso do Sujeito

Coletivo (DSC). Esta técnica permite uma análise qualitativa dos discursos dos professores. Como afirmam os autores Simioni et al. (1997, p. 5):

> Através deste modo discursivo é possível visualizar melhor a representação social na medida em que ela aparece (...) sob uma forma (mais viva e direta) de um discurso, que é o modo como os indivíduos reais, concretos, pensam.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica com a qual podemos representar a opinião coletiva por meio de um discurso da realidade e que permite resgatar as representações sociais de determinado grupo. Para Lefèvre et al. (2002, p. 7):

> o DSC como técnica de agregação de depoimentos nos permite conhecer o conjunto de RS [Representações Sociais] sobre determinados temas prevalentes, numa dada coletividade que, sob a forma de um conjunto de discursos, configura uma determinada cadeia significante e argumentativa.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), essa metodologia surgiu da necessidade de responder à seguinte questão: se, no plano individual, admite-se que o pensamento é sempre composto de uma ou mais ideias, dos conteúdos destas ideias e dos argumentos que as sustentam, por que não seria, também, verdade na escala coletiva? Essa hipótese tem seus fundamentos na Sociologia e nas Ciências Sociais, que afirmam o compartilhamento de ideias, valores e crenças. Os autores destacam ainda que, para resgatar o pensamento de uma coletividade sobre um tema, é necessário considerar que a opinião dos indivíduos só pode ser vista como depoimento discursivo, manifestação linguística de um posicionamento sobre um tema, envolvendo uma ideia central e seus respectivos conteúdos e argumentos (Lefèvre & Lefèvre, 2005).

Para elaboração do DSC, esta metodologia propõe a utilização de quatro figuras metodológicas: expressões-chave (E-Ch), ideias

centrais (ICs), ancoragens (ACs) e os discursos do sujeito coletivo (DSCs). As expressões-chave são trechos ou transcrições literais dos discursos dos professores e que constituem o essencial do conteúdo das representações sociais presentes nos depoimentos. As ideias centrais ou categorias são um nome ou expressão linguística que revela e descreve o sentido presente nas expressões-chave. As ancoragens são fórmulas sintéticas que descrevem as ideologias, os valores, as crenças presentes nas respostas individuais ou agrupadas, sob a forma de afirmações genéricas.

Os DSCs são, então, a reunião das E-Ch presentes nos depoimentos e que têm ICs e/ou ACs de sentido semelhante ou complementar. Depois de analisar o material dos depoimentos, compõe-se um ou vários discursos-sínteses na primeira pessoa do singular. Desta forma, o DSC é um discurso coletivo, uma tentativa de resgate do "eu social ou coletivo", do "eu ampliado", é um recurso para fazer emergir o inconsciente social que fala no indivíduo. De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2002), o DSC busca reconstruir, com pedaços de discursos individuais, tantos discursos-sínteses quantos se julgue necessários para expressar a representação social sobre um fenômeno. Desta forma, é uma estratégia metodológica com objetivo de tornar mais clara uma representação social e/ou o conjunto das representações de um determinado grupo social.

Esta metodologia permite uma soma qualitativa, por agregar elementos de grande especificidade que são os diferentes fragmentos significativos de respostas discursivas de conteúdo semelhante, emitidos por diferentes indivíduos que representam uma qualidade de discurso (Lefèvre & Lefévre, 2005).

Os autores utilizam a metáfora do "coral musical" para exemplificar a função de ampliação ou complementação dos sentidos presentes no DSC.

> No coral, como no DSC, as vozes isoladas cantam, cada uma a seu modo, mas sempre a mesma música, que, no entanto, como fato coletivo, constitui produto diferente daquela música que soa em cada uma das vozes consideradas isoladas. (Lefèvre & Lefèvre, 2005, p. 56)

Para construir os discursos coletivos dos professores, utilizamos o "QualiQuantiSoft", um *software* desenvolvido pela Sales e Paschoal Informática, em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), por intermédio da Faculdade de Saúde Pública, nas pessoas dos professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, criadores da metodologia do DSC. O uso do *software* permitiu a construção dos discursos do sujeito coletivo (DSC), através das expressões-chave dos professores. Vale ressaltar que neste estudo não foram utilizadas as informações quantitativas que o *software* permite e analisou-se, então, apenas as informações qualitativas.

Buscou-se identificar as ideias centrais dos professores sobre os seminários e a contribuição deles na prática pedagógica. A técnica do DSC busca resgatar a pluralidade dos discursos em uma coletividade. Desta forma, os resultados que serão apresentados a seguir representam algumas ideias que circularam no universo dos professores que participaram dos seminários e a forma como eles vêm posicionando-se frente à inclusão escolar de seus alunos.

Para realizar a síntese interpretativa dos DSCs, foi realizada uma análise de conteúdo (AC), método de análise de texto desenvolvido nas Ciências Sociais. É uma técnica para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social, de maneira objetiva (Bauer & Gaskell, 2002). Segundo os autores, a análise de conteúdo permite reconstruir indicadores, valores, atitudes, opiniões, preconceitos, e compará-los entre comunidades. Os procedimentos da AC reconstroem representações em duas dimensões principais: a sintática e a semântica. Neste trabalho realizou-se apenas a análise semântica. Neste procedimento semântico, buscou-se o foco na relação entre

sinais e sentidos – sentidos denotativo e conotativo. A análise de conteúdo pode reconstruir "mapas de conhecimento" e é uma construção social.

As representações encontradas foram interpretadas à luz do referencial teórico, com o aprofundamento das discussões fundamentado na literatura voltada para o tema. Inicialmente, a maioria dos professores indicou a linguagem clara, objetiva, profunda, esclarecedora, ampla e com propriedade, em todos os seminários. Também elogiaram a estrutura e organização do Hospital, destacando o ambiente organizado, limpo, acolhedor.

Os participantes comentaram que foi de grande valia, muito rico e esclarecedor, contribuiu de maneira positiva e criativa para a realidade das salas de aula, acrescentou muito conhecimento, esclarecendo dúvidas e foi muito significativo com sugestões em relação ao trabalho pedagógico.

Em relação aos aspectos negativos, houve grande ênfase na questão do tempo. Vários sugeriram ampliar o tempo e oferecer os seminários mais vezes ao ano. Alguns professores também se queixaram da falta de estacionamento e de um local para fazer um lanche.

Como sugestões, os professores elencaram vários temas sobre diagnósticos e inclusão. Também houve um número significativo que sugeriu seminários com os pais e professores. Muitos participantes também sugeriram a realização de oficinas para confecção de materiais pedagógicos alternativos e oficinas de comunicação alternativa – alta tecnologia, para aprenderem a usar o computador com seus alunos.

Seminários sobre paralisia cerebral, mielomeningocele, educação infantil e comunicação alternativa

O quadro abaixo representa a síntese das ideias centrais sobre os seminários encontrada nos discursos dos professores.

Aspectos emocionais
Ampliação de conhecimentos
Aprofundamentos sobre inclusão
Trabalho pedagógico na diversidade
Materiais que promovem acessibilidade
Comunicação é fundamental

Aspectos emocionais

DSC

O seminário me ajudou na sensibilização sobre a importância da inclusão escolar e diminuiu meu medo sobre a inclusão. Estou mais tranquilo. Desmitificou preconceitos e ampliou minha visão sobre inclusão. Me deu esperança que a inclusão funcione na prática das escolas. E também foi um incentivo para o trabalho pedagógico com alunos com deficiências. Contribuiu para a redução da minha ansiedade na sala de aula, mas a inclusão ainda é um desafio para mim. Me ajudou a perceber que algumas dificuldades dos alunos não são impossibilidades e reforçou a importância de acreditar no potencial deles. Muitas dúvidas, paradigmas e mitos foram esclarecidos e percebi novas possibilidades de trabalho com alunos com deficiências.

A ressignificação da deficiência aparece em várias avaliações e reafirma a necessidade de desconstruirmos mitos e estereótipos acerca da deficiência, pois esses mitos colaboram para o desperdício de potencialidades.

Segundo Ribas (2007), a deficiência ainda é representada pelo indício da negação. Não andar com as pernas, não ver com os olhos, não ouvir com os ouvidos indicam a ausência, a inexistência, a falta, que por sua vez apontam para o limite, o impedimento e consequentemente deságuam no prejuízo, no dano, na minimização da capacidade.

Ampliação de conhecimentos

DSC

Os seminários possibilitaram atualização e acréscimo de conhecimentos e com isso qualificar meu trabalho. Também abriu um leque de possibilidades sobre o trabalho. Muitos de nós professores desconhecíamos o diagnóstico do nosso aluno e nos seminários pudemos esclarecer e sanar dúvidas dos diagnósticos. Esses encontros abriram novas ideias, trouxeram novas informações e conhecimentos e assim pudemos entender o processo de aprendizagem da pessoa com deficiência. Esse novo conhecimento permitiu um novo olhar sobre os alunos, na medida em que conhecer possibilita auxiliá-los.

Apesar de não ser a escola a produtora de desigualdades sociais, esta instituição pode reproduzir preconceito e injustiças. Enquanto local de interação social, a escola pode contribuir para a conservação e perpetuação de estereótipos ou possibilitar a construção de novos significados para a deficiência. A representação das pessoas com deficiência como incapaz é uma construção social e para a escola superar este equívoco precisa de espaços de reflexão.

Aprofundamento sobre inclusão

DSC

Contribuiu para uma reflexão profunda sobre inclusão. Expandiu meu campo de visão possibilitando uma inclusão mais efetiva. Com a ampliação

que os seminários trouxeram percebemos cada aluno singular e dotado de potencialidades. Mostrou novos caminhos e possibilidades para melhor apoiar os alunos. Percebi a inclusão de outra forma. E me motivou a melhorar minha atuação no processo de inclusão dos alunos. Através desses encontros reafirmei minhas convicções sobre a inclusão escolar e ratifiquei a ideia de que a escola deve se adaptar às necessidades específicas dos estudantes. Enriqueceu meu trabalho sobre inclusão e retornarei à escola com o compromisso de repassar esses novos conhecimentos. Temos muito a melhorar!!

A inclusão sendo reconhecida como processo de aprendizagem pelos colegas, professores e comunidade vai ao encontro da concepção de ensino-aprendizagem de Vygotsky (1989), quando refere que esse processo é uma via de mão dupla em que o conhecimento é construído pelos envolvidos num determinado contexto histórico.

A concretização dos princípios da educação inclusiva nas escolas tem permitido uma reflexão dos professores sobre suas práticas, quando conseguem olhar para seus alunos e suas salas de aula e reorganizá-las a partir de suas necessidades.

Trabalho pedagógico na diversidade

DSC

Os seminários me ajudaram a compreender os alunos, reforçaram a importância de ver a criança/adolescente antes do diagnóstico, valorizar suas possibilidades e não ficar preso nos seus limites. Mudou meu modo de ver o aluno e melhorou o relacionamento da escola com os alunos. Possibilitou uma reflexão da minha prática pedagógica, ajudou em relação ao que acontece dentro da escola, contribuiu para o desenvolvimento do trabalho pedagógico e colaborou para pensar efetivamente no desenvolvimento de alunos. Considero que conhecer é fundamental para intervenções mais assertivas e com essas informações relevantes consigo melhor visualização das necessidades dos meus alunos e trabalhar melhor com eles.

Possibilitou repensar minhas práticas e ajudar meus alunos a descobrirem seus talentos, ter acesso ao conhecimento e avançar na aprendizagem. Ampliou minha visão sobre as potencialidades e limitações dos alunos. Também reafirmou a função da escola para os alunos com deficiência, que não é apenas a socialização, mas sim, apropriação dos objetos sociais de conhecimento. Ofereceu muitas estratégias para o trabalho a partir do ritmo e necessidades de cada aluno. Possibilitou vislumbrar alternativas para o trabalho pedagógico na diversidade. Também as questões levantadas sobre a avaliação dos alunos me fizeram pensar em mudanças significativas que precisam ser efetivadas nas escolas. É fundamental buscarmos sempre informações e sugestões para aprimoramento do trabalho.

Será que a dificuldade em identificar a aprendizagem dos alunos não estaria remetida ao descrédito do potencial da aprendizagem? Olhar para o sujeito enfocando o aspecto orgânico pode levar à falta de expectativa sobre o processo de aprendizagem e desenvolvimento. Identificar o déficit apenas no aluno, sem fazer uma revisão das condições da escola, da sala de aula e dos padrões do trabalho docente, coloca os professores como espectadores que não acreditam que suas ações possam contribuir no que já está determinado pelo déficit.

Ferreira (2006) alerta que um dos desafios do sistema público de educação no Brasil é preparar professores para ensinar estudantes de todas as faixas etárias e estilos de vida, com diferentes ritmos de aprendizagem e potenciais, buscando atender a diversidade.

Pode-se observar também um olhar para o aluno não restrito apenas à sua deficiência, na sua limitação ou impedimento. Acredita-se que esse seja o primeiro passo para uma abordagem pedagógica que parta das potencialidades dos alunos. Segundo Ribas (2007, p. 115), "olhar para as pessoas com deficiência e enxergar apenas a deficiência é ter a deficiência de não conseguir enxergar a pessoa com todos os elementos que compõem a sua identidade".

Materiais que pomovem acessibilidade

DSC

Através dos vídeos e exemplos apresentados, consegui adquirir novos conhecimentos e novas estratégias com aplicabilidade no dia a dia escolar. Apontou possibilidades de trabalho e me animou a buscar novas estratégias. O que percebi nos materiais preciosos são as situações que vivenciamos na escola. Forneceu ideias e mostrou recursos que podem ser utilizados em sala de aula. Também estimulou nossa criatividade para pensar estratégias em sala de aula. Através de alguns materiais mostrados, me auxiliou pensar em formas novas de estimulação dos alunos e direcionamento para buscar a aprendizagem deles. Abriu um leque de opções e novos caminhos a trilhar no processo pedagógico e contribuiu para amenizar a ansiedade em relação à escrita e ao desenvolvimento cognitivo dos alunos. Visualizei vários suportes criativos e de fácil confecção para o trabalho pedagógico.

Será que por não acreditar na possibilidade de construção de conhecimento de seus alunos, ou por desconhecer seu potencial, algumas professoras limitam-se a oferecer atividades de habilidades motoras não investindo no processo de letramento?

A "cultura do lápis e da letra cursiva" ainda está muito presente em nossas escolas e um dos objetivos dos seminários foi proporcionar situações para que os professores pudessem vivenciar e vislumbrar formas alternativas de escrita e de materiais pedagógicos a serem utilizados com os alunos com alterações motoras.

Comunicação é fundamental!!!

DSC

Contribuiu muito para minha formação teórica e prática. O meu trabalho será, com certeza, influenciado positivamente pelas informações

desse seminário. Aprendi o quanto é importante identificar as habilidades, necessidades e expectativas dos meus alunos. Apesar de minha aluna falar, tenho dificuldade de compreendê-la. Tenho outro aluno que fala, mas não consegue segurar o lápis. Esse seminário foi um norte para pensar em possiblidades para meus alunos aguçando meu olhar. Destacou a importância da observação e da disponibilidade para compreender o aluno. Abriu um leque de possibilidades na comunicação alternativa e trouxe esclarecimentos relevantes para a prática. Através do seminário consegui compreender um pouco melhor meu aluno e pensar materiais para trabalhar com ele. Também compreendi a importância do trabalho conjunto com as famílias. Contribuiu muito para o processo de inclusão e mostrou um novo olhar para a comunicação com os alunos.

Para Paulo Freire (1975, p. 73), "somente na comunicação tem sentido a vida humana". A partir dos estudos de Vygotsky (1987) sobre o papel da linguagem na constituição dos sujeitos, pode-se afirmar que a linguagem ocupa lugar central no processo de inclusão escolar de alunos com alterações na sua expressão e consequentemente na sua comunicação.

Vygotsky (1987) ainda destaca que a relação entre pensamento e a palavra é um processo vivo, um movimento contínuo de vai-vém do pensamento para a palavra, e vice-versa, passando por várias transformações. Através das palavras de Vygotsky, enfatiza-se a importância para os alunos que não apresentam linguagem verbal e ou escrita, que tenham formas alternativas de expressão e elaboração de seu pensamento.

Vários professores agradeceram a participação nos seminários, solicitaram participar de outros temas e muitos sugeriram ampliar para toda a escola e toda a rede de ensino. Também destacaram que o aprendizado dos seminários contribuiu para todos os alunos, não

só para os alunos com deficiências, na medida em que estavam contribuindo para o aprimoramento da prática pedagógica.

***

A realização deste relato de experiência é fruto de reflexões acerca da minha prática profissional como pedagoga hospitalar e das buscas de aperfeiçoamento nesta área. As mudanças na compreensão sobre a deficiência, e as propostas pedagógicas para estes alunos, que vêm ocorrendo historicamente, fazem parte, também, da minha própria experiência como professora, supervisora pedagógica e pedagoga hospitalar. Quando iniciei minha trajetória de educadora em ambiente hospitalar, sendo esta área totalmente desconhecida por mim, interrogava: qual seria a função de um pedagogo hospitalar? Que aprendizagens poderiam circular em um hospital? Quais os caminhos de aprendizagem que seriam percorridos por esses meus novos alunos, com necessidades tão específicas e diferentes da minha prática profissional até então? De que forma a prática da pedagogia hospitalar poderia contribuir para a discussão sobre a interlocução Saúde e Educação no processo de inclusão escolar?

Acredita-se que esta investigação possa oferecer subsídios para reflexões sobre a prática de professores com seus alunos com deficiências e em projetos que busquem a articulação dos campos da Saúde e Educação numa perspectiva inclusiva. Deseja-se que estudos como este possam contribuir para a formação permanente dos professores, aproximando os profissionais da área da Saúde do imaginário dos professores sobre seus alunos com deficiências.

As experiências realizadas neste relato não permitem generalizações, mas possibilitam indicar a viabilidade e pertinência de usar alguns princípios e estratégias utilizadas na formação de professores. Destaca-se, ainda, o caráter transformador da inclusão, pois reafirma

direitos e diferenças no espaço escolar. A escola precisa receber e acolher a diversidade como parte fundamental do humano.

Outra limitação desse estudo é que não foram colhidos os dados dos professores que participaram da experiência, tais como: tempo de magistério, formação, idade etc.

Considera-se que no contexto da inclusão, o trabalho conjunto entre as equipes de Saúde e Educação vem contribuindo de forma efetiva para a concretização da inclusão das crianças e adolescentes acompanhados, no seu processo de reabilitação. Acredita-se que a vivência da educação inclusiva, a convivência num universo escolar plural pode contribuir significativamente para que os alunos reconheçam as infinitas formas de ser e estar no mundo, ampliando, assim, sua visão de humanidade. Este dia a dia escolar pode trazer lições fundamentais de cidadania para formação de cidadãos menos preconceituosos.

Encerro, provisoriamente, esse trabalho, recorrendo às palavras de Machado (2020, p. 42), "acolher o outro, numa pedagogia inclusiva, é acolher esse outro como alguém cuja diferença é infinitamente irredutível".

Referências

Barros, A. S. (1999). A prática pedagógica em uma enfermaria pediátrica: contribuições da classe hospitalar à inclusão desse alunado. *Revista Brasileira de Educação*, 12, p. 84-93.

Bauer, M., & Gaskell, G. (Eds.). (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Trad. Pedrinho Guareshi. 5. ed. Petrópolis: Vozes.

Betton, G. (1987). *Estética do cinema*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.

Bueno, J. G. (1999). *Educação especial brasileira: integração/segregação do aluno deficiente*. São Paulo: Educ.

Brasil. (2008). Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Brasília: MEC/SEESP.

Brasil. (2015). Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui *a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência* (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Ceccim, R. B. (1997). Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: Ceccim, R. B., & Carvalho, P. *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.

Collares, C., & Moysés, M. A. (1987). *Educação, saúde e formação da cidadania na escola*. Trabalho apresentado no Congresso nacional de Didática e Prática de Ensino, Recife.

Contandriopoulos, A.-P. et al. (1992). A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z. M. de A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 29-48.

Diniz, M., & Rahme, M. (2004). Da educação especial a educação inclusiva. In: Diniz, M., & Vasconcelos, R. (Orgs.). *Pluralidade cultural e inclusão na formação de professoras e professores*. Belo Horizonte: Formato.

Duarte, R. *Cinema e educação*. (2002). 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica.

Ferreira, W. B. (2006). Inclusão x exclusão no Brasil: reflexões sobre a formação docente dez anos após Salamanca. In: Rodrigues, D. (Org.). *Inclusão e educação: dez olhares sobre educação inclusiva*. São Paulo: Summus Editorial.

Fonseca, E. S. (1998). *Aspectos da ecologia da classe hospitalar*. Estudo apresentado na 20ª ANPED, Caxambu, MG.

Freire, P. (1975). *Pedagogia do oprimido*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.

Freire, P. (2006). *Pedagogia da autonomia*. 34. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra.

Glat, R. (1995). *A integração social dos portadores de deficiências: uma reflexão*. Rio de Janeiro: Sette Letras.

Lefevre, F., Lefevre, A. M. et al. (2002). Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, 11(2), ago./dez.

Lefevre, F., & Lefevre, A. M. (2005). *Depoimentos e discursos. Uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Liber Livro Editora.

Louro, G. L. (2000). O cinema como pedagogia. In: Lopes, E. M., Filho, L. M., & Veiga, C. G. (Orgs.). *500 anos de educação no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica.

Loureiro, R. (2006). *Da teoria crítica de Adorno ao cinema crítico de Kluge: educação, história e estética*. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Machado, R. (2020). Diferença e educação: deslocamentos necessários. In: Machado, R., & Mantoan, M. T. (Orgs.). *Educação e inclusão: entendimento, proposições e práticas*. Blumenau: Edifurb.

Mantoan, M. T. (2020). Escola boa é para todos. In: Machado, R., & Mantoan, M. T. (Orgs.). *Educação e inclusão: entendimento, proposições e práticas*. Blumenau: Edifurb.

Mantoan, M. T. (2003). *Inclusão escolar. O que é? Por quê? Como fazer?* São Paulo: Moderna.

Marques, C. A., & Marques, L. (2003). Do universal ao múltiplo: os caminhos da inclusão. In: Lisita, V. M. S. da S., & Sousa, L. F. E. C. P. (Orgs.). *Políticas educacionais, práticas escolares e alternativas de inclusão escolar*. Rio de Janeiro: DP&A.

Morin, E. (2005). *A cabeça bem-feita. Repensar a reforma-reformar o pensamento*. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Morin, E. (2000). *Dos demônios. Atelier ao vivo do pensamento de Edgar Morin*. São Paulo: Sesc Vila Mariana.

Ratzka, A. (1999). A história da sociedade inclusiva na Europa. *Independent Living Institute*.

Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Disponível em: www.sarah.br.

Ribas, J. (2007). *Preconceito contra as pessoas com deficiências. As relações que travamos com o mundo*. São Paulo: Cortez. (Coleção Preconceitos; vol. 4).

Rodrigues, D. (2020). *Neuropsicologia e educação inclusiva: tateando pontes*. In: Machado, R., & Mantoan, M. T. (Orgs.). *Educação e inclusão: entendimento, proposições e práticas*. Blumenau: Edifurb.

Santos, P. F. (2000). *Hospital e escola: a construção do conhecimento sobre a criança deficiente*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília.

Silva, V. L. (2001). *Construindo possibilidades entre o hospital e a escola*. In: Encontro Nacional Sobre Atendimento Pedagógico Hospitalar, 1, Rio de Janeiro. Trabalho apresentado.

Simioni, A. M., Lefevre, F., & Pereira, I. M. B. (1997). *Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP.

Teixeira, I. A., & Lopes, J. de S. (2003). *A escola vai ao cinema*. Belo Horizonte: Autêntica.

Vygotsky, L. S. (1987). *Pensamento e linguagem*. Trad. Jeferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, L. S. (1989). *Formação social da mente*. 3. ed. Trad. José Cipolla Neto. São Paulo: Martins Fontes.