

**Aline Veras Morais Brilhante
Juliana Guimarães e Silva
July Grassiely de Oliveira Branco
Fátima Luna Pinheiro Landim
Ana Maria Fontenelle Catrib**
(Organizadoras)

INTERFACES ENTRE SAÚDE MENTAL, GÊNERO E VIOLÊNCIA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Aline Veras Moraes Brilhante
Juliana Guimarães e Silva
July Grassiely de Oliveira Branco
Fátima Luna Pinheiro Landim
Ana Maria Fontenelle Catrib
(Organizadoras)

INTERFACES ENTRE SAÚDE MENTAL, GÊNERO E VIOLÊNCIA

1ª Edição
Fortaleza - CE
2018



INTERFACES ENTRE SAÚDE MENTAL, GÊNERO E VIOLÊNCIA

© 2018 *Copyright by* Aline Veras Morais Brilhante, Juliana Guimarães e Silva, July Grassiely de Oliveira Branco, Fátima Luna Pinheiro Landim e Ana Maria Fontenelle Catrib

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

July Branco

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

I61 Interfaces entre saúde mental, gênero e violência / Aline Veras Morais Brilhante...[et al.] (Organizadoras). - Fortaleza : EdUECE, 2018. 369 p.
ISBN: 978-85-7826-601-1

1. Psicanálise. 2. Saúde mental. 3. Gênero. I. Brilhante, Aline Veras Morais...[et al.]. II. Título.

CDD: 616.89

PREFÁCIO

Dignifica-me extraordinariamente prefaciar o livro INTERFACES ENTRE SAÚDE MENTAL, GÊNERO E VIOLÊNCIA. Recebi o convite com alegria e aceitei fazê-lo colocando-me na situação de quem usufrui o privilégio da primazia da leitura para anunciar um livro que aborda temáticas prioritárias, controversas, contemporâneas, que demandam debates e reflexões criteriosas de todos os pesquisadores a nível planetário.

A problemática da Saúde Mental nos cidadãos está na ordem do dia a nível global, decorrente das transformações abruptas a todos os níveis (educativo, familiar, sociopolítico, cultural, laboral, ambiental e ecológico). A Organização Mundial de Saúde, no ano em curso, estima que cerca de 450 milhões de pessoas de todas as idades sofram de perturbações mentais a nível mundial, sendo simultaneamente causas primordiais da incapacidade laboral no planeta e alerta que apenas 10% das pessoas afetadas recebem ajuda clínica, sendo as principais barreiras a escassez de recursos, carência de profissionais capacitados e o estigma social associado aos distúrbios mentais. Decorrente dos contratempos que envolvem a saúde mental, em ascensão em todo o mundo, esta organização enfatiza a imperiosa necessidade de uma resposta compreensiva e coordenada por parte dos países em todo o mundo.

Sendo o conhecimento a grande energia que movimenta o mundo, considero de extrema responsabilidade fazer a apresentação de uma obra com tamanha qualidade que estabelece conexões entre o estado de equilíbrio de uma pessoa com o seu meio sociocultural (saúde mental) e as vicissitudes sociais do cotidiano (a discriminação de gênero e a violência). A vio-

lência é o desfecho da interação complexa do indivíduo, relacionamento social, cultural e fatores ambientais. Do mesmo modo, a violência, no seio da Academia, da Prática Clínica e da Comunicação Social, tem sido foco considerável à evolução de dois fatores de risco específicos a doença mental e os distúrbios de personalidade. A avaliação e gestão do risco de violência são elementos basilares do papel dos profissionais que trabalham no âmbito da educação e da saúde.

Trata-se da produção de uma obra vinculada a uma prática acadêmica do processo de construção coletiva do conhecimento, integrando questões de discriminação de gênero, pobreza, posição social e várias formas de violência contra as mulheres e utilizando a análise de gênero no desenvolvimento de programas e políticas de saúde mental. Logo, a violência e a automutilação, têm especial relevância para a saúde mental dos jovens, das mulheres e da população em geral.

Este livro adota uma estrutura de determinantes de saúde para examinar as evidências relacionadas com a saúde mental. O documento recolhe e analisa as últimas evidências de pesquisas referentes ao estudo destas questões e identifica os fatores de risco mais pertinentes e causas sociais que representam grande parte da saúde mental de milhões de cidadãos, particularmente jovens e mulheres, ao redor do globo. Ele também destaca as atuais lacunas no conhecimento que deve ser abordado através pesquisas transculturais epidemiológicas, em especial em países em desenvolvimento. Finalmente, o documento fornece indicadores para a maioria das questões iminentes que precisam ser consideradas pelos programas estratégicos e pelas políticas globais a fim de melhorar o estado de saúde mental dos cidadãos.

Creio ser uma expectativa dos diversos autores deste livro que os leitores beneficiem a partir da análise das evidências empíricas fornecidas e que estes testemunhos sirvam de paradigma nas prioridades de investigação e ações nestas áreas críticas elencadas, como sejam: Categorias de diferenciação sexo/genéricas na saúde mental coletiva/individual; Relação entre atenção básica/centro psicossocial na assistência da saúde mental da gestante; Implicações da mãe frente ao diagnóstico de doença crítica do bebê; Interfaces entre aborto e legislação em direito e saúde sexual/reprodutiva no Brasil; Endometriose, gênero e sexualidade; Experiência vivida da maternidade na contemporaneidade; Perceções das puérperas nos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde; Análise epidemiológica dos casos notificados de violência contra a mulher em um hospital de referência; Igualdades versus diferenças no contexto das relações de gênero; Ideação, tentativa e suicídio na adolescência; Uso de substâncias psicoativas entre adolescentes escolares; Motivações/relevâncias das redes facebook relacionadas aos transtornos mentais e às drogas; Manifestações de violência entre crianças do ensino fundamental atuação escola/família; Atitudes de alunos em situação de violência interpessoal em escolas públicas do Ceará - Brasil; entre outras. Em sùmula, cada capítulo tem seu vínculo a alguma prática acadêmica de produção. É como se os autores procurassem destacar o quotidiano, o sentido e o experimentado no plano das suas práticas de educação e de ensino, mas tudo isto refletido e elaborado critica e criteriosamente.

Como toda a obra coletiva, também esta precisa ser lida tendo-se em consideração riqueza específica de cada contribuição, na diversidade contextual que apresenta. Ao longo dos capítulos o texto consegue nos deliciar, não apenas pela varie-

dade e complexidade de facetas que envolvem a Saúde Mental em geral, como também o conjunto da obra me deixa a alegria de constatar que algo de importante e de novo está se passando na nossa visão de mundo pedagógica e científica. Satisfação que sinto ao verificar a expansão do universo das ideias e deixo os meus parabéns, à equipa desta obra, pela contribuição que, com este livro deram sem dúvida ao engrandecimento dessa função pedagógico científica tão nobre e bonita que é o alerta à promoção da saúde mental dos cidadãos.

Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim

Professora Coordenadora da Universidade da Madeira

Pós-Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.

Doutora em Psicologia - Espanha e em Ciências da Saúde – Portugal

Investigadora da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) em Portugal.

SUMÁRIO

PREFÁCIO..... 5

CAPÍTULO INTRODUTÓRIO 13
LO QUÉ PESAN LAS CATEGORÍAS DE DIFERENCIACIÓN
SEXO/GENÉRICAS EN LA SALUD MENTAL COLECTIVA E IN-
DIVIDUAL: UNA APROXIMACIÓN EXPLORATORIA

Almudena García Manso e José Manuel Peixoto Caldas

CAPÍTULO 1..... 39
RELAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E O CENTRO PSICOSSO-
CIAL NA ASSISTENCIA À SAÚDE MENTAL DA GESTANTE

*Fátima Luna Pinheiro Landim, Mônica de Oliveira Nunes, Maurice de Torrenté,
Patrícia Moreira Costa Collares, Juliana Guimarães e Silva e July Grassiely de
Oliveira Branco*

CAPÍTULO 2..... 65
PRIMAVERAS ROUBADAS: IDEAÇÃO, TENTATIVA E SUICÍ-
DIO NA ADOLESCÊNCIA - UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Karla Julianne Negreiros de Matos, Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira, Ana
Carina Stelko-Pereira, Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard, Lídia Andrade
Lourinho e Maria Salete Bessa Jorge*

CAPÍTULO 3..... 84
USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE ADOLESCEN-
TES ESCOLARES: ANÁLISE A PARTIR DA PESQUISA NACIO-
NAL DA SAÚDE ESCOLAR

*Juliana Guimarães e Silva, July Grassiely de Oliveira Branco, Antonio Dean
Barbosa Marques, Poliana Hilário Magalhães, Rochelle da Costa Cavalcante e
Francisca Bertilia Chaves Costa*

CAPÍTULO 4..... 107
**MOTIVAÇÕES E RELEVÂNCIA DAS COMUNIDADES NO FACE-
BOOK RELACIONADAS AOS TRANSTORNOS MENTAIS E ÀS
DROGAS**

*Poliana Hilário Magalhães, July Grassiely de Oliveira Branco, Jarbas Ribeiro de
Oliveira, Paula Caroline Rodrigues de Castro e Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

CAPÍTULO 5..... 121
**AS IMPLICAÇÕES DA MÃE FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE
LEUCEMIA DO BEBÊ: A VISÃO PSICANALÍTICA SOBRE UMA
RELAÇÃO NECESSÁRIA**

*Isabel Cristina Monteiro dos Santos, Andréa Maria de Senna Marques e
Jacqueline Rios Fonteles Albuquerque*

CAPÍTULO 6..... 159
**INTERFACES ENTRE ABORTO E LEGISLAÇÃO EM DIREITO
E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NO BRASIL: SITUAÇÃO
ATUAL E TENTATIVAS DE RETROCESSO**

*Silvia Helena Bastos de Paula, Regina Figueiredo, José Ruben de Alcântara
Bonfim, Lídia Andrade Lourinho e Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard*

CAPÍTULO 7..... 182
ENDOMETRIOSE, GÊNERO E SEXUALIDADE

*Aline Veras Moraes Brilhante, Kathiane Lustosa Augusto, Luiz Carlos Gabriele
Sucupira, Ana Juarina Magalhães Veríssimo Pouchaim, Livia Rocha Mesquita
Nóbrega e Ana Maria Fontenelle Catrib*

CAPÍTULO 8..... 198
**A EXPERIÊNCIA VIVIDA DA MATERNIDADE NA CONTEM-
PORANEIDADE**

*Luiza Camila Holanda de Matos, Anna Karynne Melo, Georges Daniel Janja
Bloc Boris, Christina César Praça Brasil, Maxmíria Holanda Batista e André
Barata*

CAPÍTULO 9..... 218
IGUALDADES E DIFERENÇAS NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO: FEMINISMO, INCERTEZAS E RELACIONALIDADES.

Maria do Socorro Ferreira Osterne

CAPÍTULO 10..... 240
CORPOS QUE (NÃO)IMPORTAM NA PRÁTICA MÉDICA: REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE DAS PESSOAS “TRANS”

Gustavo Antonio Raimondi, Danilo Borges Paulino, Flávia do Bonsucesso Teixeira e Nelson Filice de Barros.

CAPÍTULO 11..... 258
CONDUTAS OBSTÉTRICAS: PERCEPÇÕES DAS PUÉRPERAS NOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Kerma Márcia Freitas, Maria Oneide Feitosa, Raimundo Tavares Luna Neto, Marina Pessoa de Farias Rodrigues, Cleciana Alves Cruz e Josué Barros Júnior

CAPÍTULO 12..... 282
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Hermínia Maria Sousa da Ponte, Priscila Linhares Oliveira, Amélia Romana Almeida Torres, José Machado Linhares, Francisca Alanny Rocha Aguiar e Ana Maria Fontenelle Catrib

CAPÍTULO 13..... 305
ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE ALUNOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL EM ESCOLAS PÚBLICAS DE UM MUNICÍPIO DO CEARÁ, BRASIL

Mirna Albuquerque Frota, Aldecira Uchoa Monteiro Rangel, Ceci Vilar Noronha, Renata Carneiro Ferreira e Angel Alice Jácome de Souza

CAPÍTULO 14 323
ATUAÇÃO DA ESCOLA E DA FAMÍLIA NAS MANIFESTAÇÕES DE
VIOLÊNCIA ENTRE CRIANÇAS DO ENSINO FUNDAMENTAL

Camila Santos do Couto, Mirna Albuquerque Frota, Karla Maria Carneiro Rolim, Rosendo Freitas Amorim, Ceci Vilar Noronha e Caroline Soares Nobre

CAPÍTULO 15 339
ATENÇÃO INTEGRAL E INTERDISCIPLINAR DO ENFERMEIRO
AO USUÁRIO MENTAL COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E
DIABETES MELLITUS

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Rogeana Maria Rodrigues Nunes, José Manuel Peixoto Caldas, Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho, Paula Dayanna Sousa dos Santos e Sirléia Lucy Aragão da Silva

CAPÍTULO 16 356
EXISTEM DIFERENÇAS ENTRE OS SEXOS NAS TENTATIVAS
DE SUICÍDIO POR INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA?

Ana Paula Antero Lôbo, Igho Leonardo do Nascimento Carvalho, Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva, Ana Paula Vasconcellos Abdon, Clayre Anne de Araújo Aguiar e Adriana Rolim Campos Barros

AUTORES 356

CAPÍTULO INTRODUTÓRIO

LO QUÉ PESAN LAS CATEGORÍAS DE DIFERENCIACIÓN SEXO/GENÉRICAS EN LA SALUD MENTAL COLECTIVA E INDIVIDUAL: UNA APROXIMACIÓN EXPLORATORIA

Almudena García Manso
José Manuel Peixoto Caldas

Distribuição Proibida

Pequeña introducción al concepto de salud mental colectiva

La salud mental no implica de manera directa el concepto de enfermedad, patología o ausencia de salud. Curiosamente es un concepto más social y menos clínico pues se refiere al estado o situación social que favorece la situación emocional, psíquica, social y mental de los sujetos en general, sin que importe su género, raza, nivel económico, procedencia, edad, etc., (López Ruiz, 2017). En resumidas cuentas, es la situación de bienestar donde el sujeto puede llegar a realizar su vida cotidiana de forma completa, sea individual o colectivamente. Vemos que hasta ahora no se ha implicado a la clínica. Ésta, la clínica, entra en escena cuando las personas precisan a profesionales de la salud y lo que ello conlleva -medicalización, tratamiento y farmacología- (Allué, 2013).

Como vemos hasta ahora el concepto de salud mental no hace referencia directa y explícita a la patología, a la enfer-

medad ni al padecimiento. Se refiere al bienestar en el entorno social saludable, mentalmente hablando. Bienestar individual y colectivo, lo cual hace que sea parte de la problemática de la “sociedad enferma”, tema de obligada referencia en los espacios de la salud pública.

De forma similar la Organización Mundial de la Salud, pero con ciertas diferencias que han de ser subsanadas, define a la salud mental como el estado de bienestar donde el individuo es consciente de sus propias capacidades para poder afrontar las tensiones normales de la vida, pudiendo de esa forma trabajar de manera productiva siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad (Martínez, 2014). Ahondando más en lo que es salud mental para la Organización Mundial de la Salud hace referencia a esta en su Constitución precisando sobre ella como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).

Como vemos la salud mental va mucho más allá de la clínica, de la psiquiatría y la psicología, pero no por ello prescinde de ellas sobre todo en los casos que sean necesarios.

Nuestras preguntas ante estas definiciones y aproximaciones a lo qué es salud mental no dejan tiempo a más explicaciones: ¿Es posible la salud mental en la sociedad de la diferencia, la desigualdad y la discriminación?, ¿cómo podemos vivir en una sociedad tóxica y hablar de lucha por la salud mental colectiva?, ¿no es el capitalismo avanzado, la globalización, las nuevas formas de vivir la violencia, los incipientes y continuos flujos migratorios, la virtualidad vital y sus consecuencias, el incremento de la pobreza y las nuevas esclavitudes laborales, la devastación del medio ambiente, de las culturas tradicionales y la occidentalización de todo, entre otros rasgos de la sociedad

del siglo XXI, los causantes de una toxicidad que no permite una salud mental colectiva?; ¿será la sociedad de la amputación y el individualismo, la preferencia de lo material y lo conspicuo una de las causas de nuestra infelicidad?, ¿porqué el suicidio está siendo una pandemia y la depresión así como la ansiedad son las patologías por excelencia en las sociedades actuales?.

Algo falla, nada es tan utópico como el completo bienestar físico, social y mental en una sociedad que no ha parado de crear diferencias, etiquetas y categorías sociales.

Veremos como el género, la diversidad sexual, la raza y la inmigración son entre otras esas categorías que hacen imposible la consecución de salud mental de manera plena y común.

EdUECE

Salud mental colectiva: géneros y sexos que importan

El género no es esa derivación del determinismo biológico que tanto ha dado que hablar y que por desgracia sigue sin ser entendido. Género, cuyo origen gramaticalmente hablando incluye en sus normas una cantidad de géneros que van más allá del binarismo y, que según el idioma y la raíz de este, pueden ser ninguno, tres o hasta cuarenta (Nash, 2014) y que se convierte en etiqueta social tras su aceptación en el espacio clínico, con los estudios de Money (1953) sobre la asignación de género a bebés intersexuales, donde Money define al género como el conjunto de actitudes y roles sociales que son propios en una sociedad de un individuo niño o niña. Una estrategia útil para continuar con la división sexual que mantuvo intacto el sistema patriarcal (Calvo, 2016) y con ello la diferencia entre hombres y mujeres, siendo ellas las que están en situación de

desigualdad y discriminación. A pesar de ser las que perpetúan la especie, abrigadas en el mito de la madre (Briffault, 2016), son las diferentes, las desiguales y las discriminadas por el poder fáctico y público.

Dejamos a un lado las definiciones de género más afines al determinismo fisiológico, olvidando aquellas que daban por sentado que el género era un producto de la biología como destino del sujeto, suscribiendo al género como categoría que derivaba de la heteronormatividad binaria de la linealidad entre cuerpo, sexo, identidad sexual y comportamiento esperado (Butler, 2006).

El género no es un atributo estático, ni es anterior al cuerpo (Butler, 2008). Es una reiteración continua de normas sociales que determinan lo que es femenino o lo que es masculino, por parte de un sujeto, el cual las va asimilando por repetición y asunción sociocultural, normas reiteradas y replicadas por un sujeto de género performativo que a través de esa reiteración, repetición y performance se hace "ser masculino o ser femenino" de cara a la sociedad que interpreta esas normas (Butler, 2007).

Ahora bien, qué sucede cuando, tras performativizar un género, reiterar sus normas y pautas dadas por la sociedad, se traslocan y el resultado de esa reiteración no es el esperado por el espectador sociedad. Surge la ironía, surge una ruptura entre el género esperado y el interpretado, que es otro bien distinto al esperado, surgiendo con ello una ruptura y equívoco, una dislocación entre lo esperado y lo interpretado que conduce a la ironía y parodia (Butler, 2007).

Retomando y abundando en el tema de la salud mental y las etiquetas o mecanismos de diferenciación social, nos hemos

centrado en el concepto género, pues es capital para comprender cruces de variables que entorpecen el bienestar social colectivo, mental y físico, y la comprensión de cambios sociosanitarios a considerar el incremento de la depresión y la ansiedad en las mujeres y diversidades sexo/genéricas. El género bebe de la fuente del antiguo régimen de división sexual binario del sistema patriarcal (Calvo, 2016) y de la heteronormatividad (Preciado, 2008) así como de la necesidad de la acumulación del capital (Federici, 2004). Todo ello hizo que la división sexual binaria se materializara en un término, género. Útil para fijar que los arquetipos que forjaban las dualidades binarias (Moore & Gillette, 1998) se conservaran, manteniendo también las divisiones de poder y los pesos políticos de lo femenino y lo masculino.

Pero el género como tal no sólo responde a la mujer o a lo femenino. Pues como constructo sociocultural, éste responde a otras formalidades de devenir sujeto por rol social adquirido. Lo masculino y lo neutro también están incluidos en esta conceptualización del género.

Es más, desde las teorías *queer* el género es abierto, no está circunscrito a los dispositivos de seguridad y normalización dicotómica heterocéntrica. Más bien al contrario, desde lo monstruoso y lo abyecto es desde donde se establecen los territorios de resistencia del dualismo que marca una zona de diferenciación social que hace engrosar el malestar de la sociedad (García, 2016).

En materia de salud mental nos encontramos con las diferencias de trato y desigual visión social de los sujetos en función del género asignado. Esto no está desvinculado a cómo la heteronormatividad, la homofobia, la transfobia y el machismo siguen vigentes en el imaginario social colectivo (Castoriadis,

2013), y en el inconsciente social (Fromm, 2003). Además de estar presentes en las disciplinas que ordenan las vidas de los sujetos (Butler, 2010) y en las tecnologías y técnicas del poder que sujetan al sujeto sujetado (Foucault, 2009a; 2017). Todo ello apunta a la “teoría de las tres des”, por llamarlo de alguna forma: *Diferencia = Desigualdad = Discriminación*. Una concatenación de actos y representaciones sociales que es ampliable a la orientación sexual y a la identidad de género. Pero también a la raza, a la etnia, al nivel adquisitivo, o a cualquier etiqueta de diferenciación social que dependa de dualizar estados y condiciones de vida.

En lo que respecta al género, es lo femenino lo que está al otro lado de la victoria. Se sitúa en el orden de la monstruosidad (García, 2016), de la otredad (Young, 2011) y de lo diferente a lo establecido. Pues lo establecido en ese binomio es lo masculino. Pero con peros debe ser lo masculino heterosexual y corporalmente completo. Cuerpos genéricamente identificados que se convierten en parámetros a normalizar y enunciar bajo el orden de la norma (Preciado, 2007). Norma que responde a la biopolítica que produce y reproduce capital bajo la imperante ideología del género patriarcal.

Cómo las mujeres, sobre todo aquellas que están más expuestas a los rasgos distintivos de la globalización (Martín-Cabello, 2013), que entre ellos nos encontramos con la precariedad laboral, social, política, alimenticia, educativa, habitacional, jurídica; la vulnerabilidad sexual, social, penitenciaria, sanitaria, etc., y la falta de libertad de movimiento, de ideología, de expresión entre otros. Junto con la tensión que supone enfrentarte a situaciones de acumulación de tareas, demostración de valía y actitudes de acoso y menosprecio. Vemos que estamos muy lejos de lograr la tan mentada paridad sexo/genérica.

Siendo realistas estas afirmaciones sobre las diferencias sociopolíticas - económicas, ideológicas, de oportunidad y vulnerabilidad - entre masculinidades heterocéntricas y feminidades no es una enunciación gratuita. Responde a una pequeña aproximación exploratoria de abordaje cualitativo, utilizando la técnica de entrevista en profundidad, donde se quería recoger cómo afecta al bienestar mental y físico, la situación de las mujeres como “sujetos de segunda o ciudadanas de segunda categoría”, en una sociedad occidocéntrica y europea que no parece reconocer que discrimina a la mujer y a las diversidades sexo/genéricas.

Distribuição Proibida

Pequeña aproximación exploratoria: ¿será que la división social sexo/genérica importa?

Los datos recabados en la aproximación exploratoria responden a un trabajo cuyos objetivos son muy diferentes a los que vamos a proponer. El enfoque de ese trabajo se centraba en constatar si existía diferencias en las prescripciones de tratamientos y terapias psiquiátricas y psicológicas por depresión y ansiedad, entre pacientes masculinos y femeninos. Pues lo que se quería analizar era la diferencia de género en esos espacios de salud. Pero analizando los datos de ese estudio nos dimos cuenta que el material nos era de utilidad para esta pequeña aproximación a la salud mental colectiva por condición sexo/genérica como variable inicial.

El estudio se circunscribe a la población de la ciudad de Madrid, abarcando como universo de estudio a 10 centros especializados en tratamientos psiquiátricos y psicológicos, 3 clínicas privadas, 2 gabinetes de terapia psicológica -no

psiquiátrica-, 2 centros de día que cuentan con especialidad psiquiátrica y tres unidades de salud mental de hospitales públicos. También se incluyeron asociaciones e instituciones de apoyo y ayuda no institucional, para familiares de personas con trastornos y para personas en situación de riesgo o alta vulnerabilidad. De todas las asociaciones e instituciones de este tipo pudimos acceder a cuatro, dos enfocadas a personas del colectivo LGTB y dos de familiares de personas con problemas y trastornos psicológicos y psiquiátricos. Se prima ante todo la protección y anonimato de las fuentes, de ahí que no se proporcionen datos que puedan relacionarlos.

Como se optó por realizar entrevistas en profundidad a informantes claves, y a voluntarios que nos fuimos encontrando, la muestra se compone de dos tipos de entrevistados, a considerar, informantes clave elegidos de manera intencional estratégica e informantes voluntarios pero que cumplían ciertas características, tales como: vulnerabilidad social y económica, haber estado bajo tratamiento por ansiedad y depresión, voluntariedad a la hora de haber sido tratado y ser personas que ya no están en pleno proceso de tratamiento.

De las clínicas privadas se entrevistaron, como informantes clave a 5 psiquiatras, 2 pedagogos y 4 psicólogos. Como informantes voluntarios a 10 pacientes.

De los gabinetes de terapia psicológica, se entrevistaron como informantes clave a 4 profesionales (psicólogos/ as conductivistas), una auxiliar. Como informantes voluntarios 4 pacientes.

En los dos centros de día se entrevistaron como informantes clave a 4 médicos especializados en psiquiatría y psicología clínica, dos enfermeros y una auxiliar de esa unidad. Informantes voluntarios dos especialistas en medicina general, 12 pacientes.

De los 5 hospitales, en las unidades de especialidad psiquiátrica y psicológica obtuvimos una muestra de 12 profesionales médicos como informantes clave, 9 enfermeros/as igualmente como informantes clave y 6 auxiliares de enfermería. No se llegó a entrevistar a ningún paciente, sólo a 16 familiares como informantes voluntarios.

De las asociaciones e instituciones, de las dos que trabajan con personas del colectivo LGTB entrevistamos como informantes clave a 4 voluntarios especialistas en salud mental, 3 recepcionistas telefónicos que derivan las llamadas a los profesionales y cinco personas que han pasado por un proceso de insalubridad mental. Todos ellos informantes clave.

De las dos asociaciones de familiares de personas que habían padecido y padecen trastornos mentales, se realizó una entrevista a una persona de la dirección de una de esas asociaciones, a dos profesionales voluntarios y 5 familiares.

Además, para poder ahondar en materia se llevó a cabo un grupo de discusión de jóvenes mayores cuyas edades estaban entre los 20 y 25 años, con la heterogeneidad de que todos eran universitarios y trabajaban a la vez. El número de personas que compuso el grupo de discusión fue de 9, distribuidos por género de la siguiente manera, 6 mujeres y 3 hombres.

Los objetivos que proponemos en esta aproximación exploratoria se resumen en los siguientes:

Conocer la impresión que tienen los profesionales de la salud sobre la situación de riesgo de insalubridad mental, de dónde creen ello que puede proceder la epidemia social de la depresión y la ansiedad y si la situación de insalubridad mental colectiva hace distinciones sexo/genéricas.

Intentar acercarnos a su opinión respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, así como heterosexuales, homosexuales y la salud mental.

Preguntar si creen que los problemas de sus pacientes -ansiedad y depresión- son por sus estilos de vida o bien pueden derivar de situaciones sociales que incluyen el desigual trato por diferenciación sexo/genérica.

Analizar la opinión de las personas que han pasado por un periodo de tratamiento o diagnóstico de ansiedad o depresión, sobre las causas que le llevaron a dicha situación.

Conocer si consideran a estos problemas algo global o individual.

Ver cómo afectan a su día a día, de manera individual y social.

Todos estos objetivos conducen a uno en particular, que no es otro que analizar la calidad de la salud mental y su relación con el hecho de ser mujer, hombre, heterosexual, homosexual o transexual.

Una prueba de control más que técnica de recopilación de datos, fueron los resultados del grupo de discusión. Cuyos comentarios nos sirven para pseudo verificar las opiniones ya recolectadas de familiares y profesionales. Una prueba que tienen un doble fin, intentar plantearnos ampliar el estudio a la población general. Lo cual nos permitirá conocer si lo genérico/sexual son diferenciadores sociales suficientemente importantes como para frenar el bienestar físico y mental de colectivos determinados, a nivel individual y global. Este estudio sigue en vigor tras cuatro años de recolección de información, para el presente análisis exploratorio sólo hemos tomado los datos de los cuatro primeros años, sin incluir las últimas entrevistas en profundidad.

El sistema sexo/genero pesa demasiado: ansiedad, depresión y vulnerabilidad

Las hipótesis que nos planteamos es aproximarnos a lo evidente, las distinciones sociales y el etiquetado social del sistema sexo/genérico es uno de los factores que minan la salud mental, tanto social como individual. Diferenciaciones y clasificaciones sociales que, cruzadas con otras categorías o clasificaciones hacen de la salud mental una ficción.

Para no saturar el texto de respuestas y opiniones vertidas por los entrevistados vamos a pasar a explicar los resultados de la forma más sintética posible.

De la muestra que corresponde a los profesionales de clínicas privadas, todos afirmaban que un factor muy importante era el ambiental, es decir lo socialmente aceptable que se creen los pacientes para sus más próximos, además de las trabas que les son puestas por su condición de género, pues la mayoría apuntaba a un menosprecio de las tareas de las mujeres y la sobrecarga de funciones que soportan:

“Muchos de mis pacientes, acuden por ansiedad, más de la mitad son mujeres, como comprenderá no puedo darle demasiados detalles o estaría violando el código deontológico, pero sí le puedo decir con absoluta certeza que ellas son las que más padecen ansiedad y depresión, sea por sobrecarga de tareas, los niños, el trabajo, la casa y demás, o sea porque la propia sociedad discrimina y pide más a una mujer que a un hombre” (Doctor en Psiquiatría, 30 años de experiencia, Clínica privada).

“Como profesional le tendría que decir que el trato y tratamiento que se da a una mujer y a un hombre es muy similar, pero le estaría mintiendo. Un abultado porcentaje de mis colegas de profesión ven en la mujer una eterna depresiva con ansiedad crónica. Eso se tiene que mirar más detenidamente, la sociedad de hoy en día reclama demasiadas cosas y no se ha cambiado nada en cuanto a los roles de género, ella no es una deprimida, la sociedad y su contexto la hacen deprimirse, la medicalizamos por desesperación, pues son muchas las que nos lo piden. Vivimos una sociedad de locos (risas), pero sí que a los varones se les trata con más ejercicio, con cambios de alimentación y demás, se tarda más en medicalizarlos, aunque lo pidan” (Doctora en Psiquiatría, 40 años de experiencia, Clínica privada).

En cuanto a la orientación sexual y la identidad de género, no existe tanta univocidad al respecto, pues algunos profesionales siguen dejando entrever que la identidad de género -transexualidad- es tal vez un problema por trauma o por indecisión de la conducta. El resto de profesionales sí ven que la clasificación social o etiquetado social por orientación sexual e identidad sexual sea causa de problemas en el bienestar mental y físico de las personas homosexuales y transexuales, sobre todo apuntan a cómo la sociedad los rechaza, rechazo que los hace más vulnerables a padecer ansiedad, depresión y en ocasiones tentativas de suicidio:

“No es fácil salir del armario, menos cuando tu familia es demasiado tradicional y el entorno en el que vives está rodeado de personas homófobas, lo peor es el trato familiar, luego el trato laboral y así hasta el trato que algunas personas, anónimas para ellos, les dan por ser homosexuales. ¿Cómo no entrar en depresión?” (Doctora en Psiquiatría, 20 años de experiencia en el sector público y privado, Clínica privada).

“Los profesionales no entienden la transexualidad, la mayoría la mantienen como patología, pues si esto sucede en el mundo profesional imagínese usted lo que sucede en la vida cotidiana de esas personas, es un infierno. He tratado casos que hasta han llegado a un extremo de degradación completa, eso no es saludable, eso es un infierno” (Doctor en Psiquiatría, 30 años de experiencia, Clínica Privada).

En lo que concierne a la opinión de los profesionales de centros de día con especialidad psiquiátrica y profesionales en unidades hospitalarias, son muy similares, aunque hacen mención más explícita al cruce de otras variables -categorías sociales- tales como son la raza, la procedencia -si es inmigrante o no- y la edad, entre otras categorías:

“Le podría decir que la inmensa mayoría de las pacientes son eso, las pacientes. Mujeres que lo único que quieren es poner freno al peso social que les cae encima todos los días, al-

gunas son fruto del maltrato continuado de sus parejas, compañeros de trabajo y familiares. El acoso y demás actos e información que las rodea las va ahogando, la depresión, ansiedad y fobias son demasiado frecuentes, y desde la crisis más: miedo a perder el trabajo por que el niño se pone malo y no tiene con quien dejarlo, eso me lo dicen mucho las inmigrantes, asco por los compañeros de trabajo que las menosprecian y gritan, muy común en las trabajadoras cualificadas. Las jóvenes tienen cuadros de ansiedad por casos de acoso o por que no quieren defraudar a sus novios, en el caso de la raza, ahí da lo mismo, mujer hombre o niño, suelen padecer más las mujeres” (Doctor especializado en psicología clínica y psiquiatría, trabaja en centro de día con especialidad psiquiátrica, 12 años de experiencia).

“Una vez un compañero me dijo, si está deprimido es por que no practica el sexo, recétale eso...eso no lo habría dicho de un hombre. Entre nosotros existe mucho machismo, mujer que viene, orfidal o cualquier otro ansiolítico que se le receta y a casa. Esto no es tratar un problema, es engrandecerlo. Lo que se debe frenar es porque esta persona está así, porqué la sociedad la trata así, porque es diferente el tratamiento en un hombre con ansiedad que en una mujer, que yo sepa existe un mínimo determinante hormonal en ellas y según la edad, pero nada

más, el resto es presión y discriminación social” (Doctora en Psiquiatría, unidad hospitalaria, 35 años de experiencia).

“En esta unidad no tratamos a personas transexuales, pero desde luego lo que sí le puedo decir es que para mí no son enfermos mentales, más bien, son valientes, se enfrentan al peso de la violencia administrativa, pues han de pasar unas pruebas psicológicas en mi opinión desmesuradas. Luego el peso de la sociedad, no comprenden la transexualidad, la confunden con travestismo, con homosexualidad (silencio), cuando se pasa por todo eso, incluyendo los tratamientos hormonales y las cirugías, es cuando ves que el mayor mal que les hacen es el rechazo a lo diferente, la sociedad etiqueta” (Doctor en Psiquiatría, unidad hospitalaria, 15 años de experiencia).

“Sí, mi especialidad se enfoca a tratar pacientes de violencia homófoba, casi todos y todas vienen con ansiedad crónica, similar a la de las mujeres sobrecargadas e incomprendidas, les preguntas que porqué, y os aseguro que nadie te dirá que por auto incompreensión, te dirán que son amenazados, ridiculizados y rechazados por amigos, familiares, compañeros de trabajo, por la administración y por el sistema sanitario, por su trabajo, etc., el hecho de tener esas etiquetas sociales ya marcan la diferencia social

y ésta marca un espacio de vulnerabilidad y violencia” (Doctora en psicología clínica y social, unidad hospitalaria, 9 años de experiencia).

En los casos de los profesionales de asociaciones e instituciones no estatales, los comentarios son más tajantes, directamente referidos al etiquetado social como la “caja de pandora” que extiende todos los males a la sociedad. Curiosa referencia, pues el de Pandora es uno de los mitos más misóginos de la antigüedad, junto con el de Eva y Lilith.

“Cuando nos llaman es por algo, nadie toma la decisión de llamar a una asociación y pedir ayuda psicológica por acoso homófobo, al pasar al especialista médico, se repite una y otra vez la misma historia: te etiquetan de marica y ahí ya empieza el rechazo, los vacíos por parte de la familia, el miedo a que se enteren en el trabajo o en el insti o en la universidad. Aún la gente tiene ese miedo que todos hemos sufrido y que te llega a corroer, te angustias, te deprimas, estás sin ánimo, a eso hay que sumar que España no es el país que se ve en los días del Orgullo, la gente sigue viendo al marriquita y no a la persona” (Voluntario de asociación, 15 años de experiencia, trabaja dirigiendo las llamadas a los expertos psicólogos que trabajan voluntariamente en la asociación).

“Mi hermana no podía con todo, los hijos, el trabajo, los comentarios despreciativos por ser mujer en un

entorno laboral de hombres, cayó en depresión severa. Ahora no está, por eso soy voluntaria para acabar con el machismo, y sus efectos en las víctimas de él (silencio), sé que también hay hombres que sufren de estrés y ansiedad y depresión porque son hombres y no cumplen con lo que se espera de ellos, no lo entiendo muy bien, la verdad” (Familiar de víctima de suicidio por depresión, voluntario en una asociación de familiares de víctimas de enfermedades mentales).

“Cualquiera de las categorías que diferencian a un ser humano y que son utilizadas para denigrarlo o dañarlo ya suponen un riesgo público para la salud mental” (Psiquiatra, Voluntaria en una asociación de familiares de víctimas de enfermedades mentales).

Volviendo a la ideología patriarcal de los roles de género binarios, esa diferenciación entre lo que un hombre significa y debe hacer de cara a la sociedad y lo que una mujer significa y debe hacer, está demasiado latente en los comentarios de los familiares de personas que han sufrido estrés crónico, depresión y ansiedad -moderada a crónica-. El hecho del varón sustentador y la inmanencia de la mujer han favorecido la aparición de entornos insalubres para la salud mental de las personas.

“Mi hija no podía cargar con todo, su marido llega tarde del trabajo, no hace nada en casa, ni siquiera recoge la ropa del suelo” (Madre de enferma de ansiedad y estrés crónico durante cinco años, diagnosticada una depresión severa)

“Como hombre no puede aguantar estar en casa sin aportar nada a la familia, es duro ver cómo se enfada cuando alguien le dice que si le parece bien que yo trabaje y él se dedique a la casa” (Esposa de una persona con diagnóstico severo de depresión y ansiedad crónica durante tres años).

“Cuanto más se esforzaba por demostrar que era una súper mami más caía, no podía seguir así, trabajando, cuidando de los niños y a la vez siendo la mujer 10. En su contexto de amigas todas son así, mujeres ansiolíticas, creo que nos estamos pasando un poco con esto de la sociedad de la apariencia y la sociedad de los roles de género, ser mujer no es ser una súper madre y trabajadora cualificada que mantenga la casa y además se mantenga como una modelo” (Esposa de una persona en tratamiento por ansiedad crónica severa y estrés).

“Mi madre cuando salí del armario lo primero que hizo fue hacerme las maletas, me dijo que no era su hija, bien. Me fui. Lo peor, aguantar los reproches de la sociedad por ser lesbiana, ni que eso fuese un delito (si-

lencio), bueno ahora ya no lo es (risas), aguantar la presión social por ser mujer es duro, pues esperan de ti que les cuides, que tengas hijos, que seas sumisa, que no te revoluciones, pero si a eso le unes que eres lesbiana, el problema se agrava y te ahoga, te empequeñece como persona y lo peor entras en el juego de esconderte y ser cada vez más introvertida, así me pasó a mí, con depresión, intento de suicidio, estrés y ansiedad crónica y fobia a salir a la calle” (Mujer de 24 años, ex paciente tratada por ansiedad crónica y depresión).

“Mi hijo no quiere ser chico, porque no le dejan en paz, los y las compañeros y compañeras de clase, los profesores, que esos son los peores, los vecinos hasta su abuela dicen que está loco. No, no está loco es transexual, qué hay de malo en ello, nosotros que somos sus padres le admitimos, al igual que sus hermanos, queremos que sea feliz y que sea lo que quiera ser, no comprendo tanta polémica social, administrativa, clínica y psicológica, no, no creo que estemos dentro de lo que usted me dice que es salud mental” (Padre de un hijo adolescente transexual).

Las categorías de diferenciación social sexo/genéricas son un hándicap para poder lograr un entorno saludable en materia de salud mental, sea de forma colectiva como individual, sobre todo si estas categorías se usan para lo que fueron creadas: diferenciar.

Esta afirmación es validada por los datos extraídos del grupo de discusión, donde la mayoría de los y las participantes señalaban a las categorías de diferenciación social, que en su mayoría derivan en desigualdad y discriminación social, las culpables de materializar aún más si cabe los roles sexo/genéricos esperados por la sociedad y que se relacionan directamente con el sistema patriarcal.

En el grupo de discusión se incluyeron otras categorías como la raza, la orientación sexual, la condición de nacional o inmigrante, así como la categoría de activo laboral y en paro, como categorías que se entrecruzan con las de género, creando una bola de nieve de diferencias que conllevan a una insalubridad mental, un deterioro del bienestar, tanto físico como mental, de aquellos que son etiquetados. Además de incluir la etiqueta social de pudiente y pobre.

“Si eres mujer, te van a medir con otra vara, te exigen más y si logras algo dirán que lo has ganado con “trampas”, ya me entendéis, ¿no?” (Participante del grupo de discusión, mujer 22 años).

“No solo las mujeres sufren por ser mujeres, a nosotros nos exigen que seamos unos machos, violentos y dominantes (silencio) ¿Qué pasa con los que no queremos ser eso?” (Participante del grupo de discusión, varón 24 años).

“Si eres pobre estás perdido, pero si eres pobre, en el paro, homosexual y negra ya no te levantas del fango, te expulsan de la sociedad, eres nada y

normal, como decían en clase mucha gente termina en la calle, deprimida y con un cartón de vino. Creo que está todo explicado, eso no es muy bueno para el coco” (Participante del grupo de discusión, mujer 21 años)

“yo soy inmigrante y he tenido depre porque en clase se metían conmigo, me llamaban panchito, payo pony y demás burradas. En la universidad estás mejor, pero aún así te miran raro, sobre todo si eres gay” (Participante del grupo de discusión, varón 23 años).

“no soy feminazi (entonación de enfado), respétame, pero las tías llevamos la peor parte en esto, te empastillan nada más llegar al médico y...búscate la vida” (Participante del grupo de discusión, mujer 24 años).

A modo de conclusión: las categorías sociales nunca favorecen el bienestar mental de la sociedad

El título de este epígrafe explica todo. Desde nuestro inicial recorrido por lo que es el género, lo que ha supuesto su encarnación o cristalización sociocultural en perspectiva dual, y sus consecuentes divisiones y asignaciones de roles y actitudes. Hasta la aproximación exploratoria en espacios que tienen que ver con la salud mental y con las diferenciaciones sociales derivadas del sistema sexo/genérico patriarcal, no podemos más que afirmar que la sociedad de hoy en día es una sociedad insalubre mentalmente hablando.

Nos sentimos invadidos por categorías que tienden a dividir a los sujetos, a diferenciarlos y por ello a describirlos y normativizarlos. Son parámetros que hacen de la vida de los sujetos un mundo difícil de alcanzar, pues cada una de esas categorías posee un valor simbólico al capital y al imaginario social colectivo tal, que es difícil de desentrañar y borrar lo que en ellas hace diferentes y desiguales a los sujetos.

La salud mental, que si bien es cierto es uno de los factores importantes para el bienestar de los sujetos sociales, es algo que cada vez se ve más complicado de lograr, tanto en niveles colectivos y globales como individuales y personales.

El porqué radica en una explicación que va más allá de esta pequeña aproximación exploratoria a uno de los factores que la imposibilitan, la clasificación y diferenciación patriarcal sexo/genérica. El porqué está en la propia naturaleza de la sociedad altamente capitalista, la cual para mantener los niveles de consumo-producción precisa de las diferencias sociales para crear sujetos válidos y normativizados y sujetos que no están dentro de una norma que discrimina a más de tres cuartas partes de la población.

Aún así, dejando a un lado los problemas que no podemos resolver, aquellos que nos superan, debemos de pensar en la coeducación, la socialización en valores plurales y el fomento de la diversidad con el fin de mejorar un poco ese bienestar al que todos y todas tenemos derecho, sin importar el género, la orientación sexual y la identidad de género.

Referencias

- ALLUÉ, M. (2013). *El paciente inquieto*. Barcelona, Bellaterra.
- ARCE, R. (2015). *Violencia de género*. Madrid, Biblioteca nueva.
- ARENA, A. (2016). *La barbarie silenciosa*. Barcelona, La llave.
- ARESTI, N. (2010). *Masculinidades en tela de juicio*. Madrid, Cátedra.
- ARJONA GARRIDO, Á. (ed.). (2010). *Transitar por espacios comunes. Inmigración, salud y ocio*. Barcelona, Icaria.
- ATENCIO, G. (2015). *Feminicidio*. Madrid, Los libros de la Catarata.
- BARONA, J.L. (2008). *La salud y el Estado*. Valencia, Universitat de València.
- BEAUVOIR, S. (2005). *El segundo sexo*. Madrid, Cátedra.
- BENACH, N. (ed.). (2005). *Inmigración, género y espacios urbanos. Los retos de la diversidad*. Barcelona, Bellaterra.
- BOSCH, E; FERRER, V.A; FERREIRO, V; NAVARRO, C; DE MIGUEL, A. (2013). *Violencia contra las mujeres. El amor como coartada*. Madrid, Anthropos.
- BRAIDOTTI, R. (2015). *Lo posthumano*. Barcelona, Gedisa.
- BRIFFAULT, R. (2016). *La madre*. Barcelona, La Llave.
- BURY, M (ed.). (2003). *The sociology of health and illness*. London, Routledge.
- BUTLER, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona, Paidós.
- BUTLER, J. (2007). *El género en disputa*. Barcelona, Paidós.
- BUTLER, J. (2008). *Cuerpos que importan*. Buenos Aires, Paidós-Argentina.
- BUTLER, J. (2010). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid, Cátedra.
- BUTLER, J. (2015). *Notes toward a performative theory of Assembly*. Boston, Harvard University Press.
- BYUNG-CHUL, H. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona, Herder.
- BYUNG-CHUL, H. (2017). *La exposición de lo distinto*. Barcelona, Heder.
- CALVO, Y. (2016). *La aritmética del patriarcado*. Barcelona, Bellaterra.

- CARABÍ, Á. (ed.). *Nuevas masculinidades*. Barcelona, Icaria.
- CASTORIADIS, C. (2013). *La institución imaginada de la sociedad*. Barcelona, Tusquets.
- CONNELL, R.W. (2003). *Masculinidades*. México. D.F, Universidad Nacional Autónoma de México.
- COURGEON, S. (2004). *A la sombra de Lilith. En busca de la igualdad perdida*. Barcelona, Planeta.
- CUENCA PIQUERAS, C. (2017). *El acoso sexual. Un aspecto olvidado de la violencia de género*. Madrid, CIS.
- ESTÉBANEZ, P. (ed.). (2015). *Exclusión social y salud*. Barcelona, Icaria.
- FEDERICI, S. (2004). *El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid, Traficantes de sueños.
- FERNÁNDEZ MARTORELL, M. (2012). *Ideas que matan*. Barcelona, Alfabetia.
- FOUCAULT, M. (2009a). *Historia de la sexualidad, I. La voluntad del saber*. México DF, Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (2009b). *El cuerpo Utópico. Las heterotopías*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- FOUCAULT, M. (2016). *Enfermedad mental y psicología*. Barcelona. Paidós.
- FOUCAULT, M. (2017). *Del gobierno de los vivos*. Barcelona. AKAL.
- FROMM, E. (2003). *Lo inconsciente social*. Barcelona, Planeta.
- GADAMER, H-G. (2017). *El estado oculto de la salud*. Barcelona, Gedisa.
- GARCÍA BLANCA, J. (2009). *El rapto de Hígea. Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad*. Madrid, Virus.
- GARCÍA CAMPAYO, J; SANZ CARRILLO, C. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica*. 118 (5).P, 187-191.
- GARCÍA ESTÉBANEZ, E. (2008). *Contra Eva*. Barcelona, Melusina.
- GARCÍA XIMÉNEZ. F. (2011). *Reproducción, procreación, sexo. Dieciséis ensayos*. Valencia, València Publicacions.
- GARCÍA, D.J. (2016). *Rara Avis, una teoría queer impolítica*. Barcelona, Melusina.

- GAVILÁN, J. (2016). *Infancia y transexualidad*. Madrid, Catarata.
- GERVAS, J. (2015). *La expropiación de la salud*. Madrid, Libros del Lince.
- GONZÁLEZ GARCÍA, M.I. (2015). *La medicalización del sexo: el viagra femenino*. Madrid, Catarata.
- GUIRAUD, P. (2013). *El lenguaje del cuerpo*. Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- LÓPEZ RUIZ, V. (2017). *Salubrismo o barbarie*. Madrid, Atrapasueños.
- MAESTRO, A; GONZÁLEZ DURO, E; RENDUELES, G; FERNANDEZ LIRIA, A; DE LA MATA, I. *Salud mental y capitalismo*. Madrid, Cisma.
- MARTÍN CASARES, A. (comp). (2006). *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid, Cátedra.
- MARTÍN-CABELLO, A. (2013). Sobre los orígenes del proceso de globalización. *methaodos.revista de ciencias sociales*. 1(1), p. 7-20
- MARTÍNEZ, A. (2014). *Cómo comercian con tu salud*. Barcelona, Icaria.
- MÉRIDA JIMÉNEZ, R.M. (2016). *Masculinidades disidentes*. Barcelona, Icaria.
- MONCO, B. (2011). *Antropología del género*. Madrid, Síntesis.
- MONEY, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96, p. 253-264.
- MONTESINOS, R (Coord.). (2005). *Masculinidades emergentes*. México DF, UAM-CONACYT.
- MONTILLA, J. (2016). *Enajenadas. Ilustraciones médicas de la locura femenina en el siglo XIX*. Madrid, Brumaria.
- MOORE, R; GILLETTE, D. (1998). *La nueva masculinidad: Rey, Guerrero, Mago y Amante*. Barcelona, Paidós Ibérica.
- MORIANA MATEO, G. (2017). *Las acogidas. Mujeres entre la exclusión social y las violencias machistas*. Valencia, Publicacions de la Universitat de València.
- NASH, M. (2014). *Feminidades y masculinidades. Arquetipos y prácticas de género*. Madrid, Alianza Editorial.
- NIETO, J.A. (ed.). (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid, Talasa ediciones.

- PÉREZ, P. (2008). *Del texto al sexo. Judith Butler y la performatividad*. Madrid, Egales.
- PLATERO MÉNDEZ, L. (2014). *Trans*exualidades*. Barcelona, Bellaterra.
- PRECIADO, P.B. (2007). *Biopolítica del Género*. Buenos Aires, Ají de pollo.
- PRECIADO, P.B. (2008). *Testo Yonki*. Madrid, Espasa Calpe.
- PRECIADO, P.B. (2010). *Pornotopía. Arquitectura y sexualidad en "Playboy" durante la Guerra Fría*. Barcelona, Anagrama.
- PRECIADO, P.B. (2016). *Manifiesto contra sexual*. Barcelona, Anagrama.
- RAMÍREZ RODRÍGUEZ, J.C. (2009). *Masculinidades. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres*. México DF, Plaza y Valdés.
- ROCHE RODRÍGUEZ, M. (2017). *Madre mía que estás en el mito*. Madrid, Silex.
- SABIDO, O. (2012). *La construcción del extraño*. Madrid, Sequitur.
- SALAZAR BENÍTEZ, O. (2013). *Masculinidades y ciudadanía. Los hombres también tenemos género*. Madrid, Dykinson.
- SEGATO, R.L. (2017). *Las lecturas elementales de la violencia*. Madrid, Prometeo.
- TALARN, A. (comp). (2007). *Globalización y salud mental*. Barcelona, Herder.
- THACKERAY, W.M. (2005). *Perspectivas de género en salud*. Madrid, Mi-nerva Ediciones.
- TUBERT, S. (2003). *Del sexo al género: los equívocos de un concepto*. Madrid, Cátedra.
- VALCUENDE, J.M. (2004). *Hombres, la construcción cultural de las masculinidades*. Madrid, Talasa.
- WILKINSON, R. (2001). *Las desigualdades perjudican: jerarquías, salud y evolución humana*. Madrid, Crítica.

CAPÍTULO 1

RELAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E O CENTRO PSICOSSOCIAL NA ASSISTENCIA À SAÚDE MENTAL DA GESTANTE

Fátima Luna Pinheiro Landim

Mônica de Oliveira Nunes

Maurice de Torrenté

Patrícia Moreira Costa Collares

Juliana Guimarães e Silva

July Grassiely de Oliveira Branco

Distribuição Proibida
EdUECE

INTRODUÇÃO

A saúde mental durante a gestação é campo amplo e complexo de se proceder com investigações, de maneira que, neste artigo, é tratada do ponto de vista da Reforma Psiquiátrica/Sanitária e, mais especificamente, da política do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa ao aumento de resolutividade da assistência por meio da vinculação dos CAPS com equipes da estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2007).

Dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde (MS), no Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os principais dispositivos, a partir dos quais se articula a Rede de Assistência em Saúde Mental (RASM). Os CAPS se destacam no contexto da RASM por realizar um trabalho interdisciplinar, apoiado em uma equipe multiprofissional.

Como um dispositivo intermediário entre o hospital e o ambulatório de saúde mental, atua no sentido da reinserção social da pessoa com algum sofrimento mental, bem como na reabilitação e reintegração à família, trabalho, escola, igreja e outros segmentos da comunidade (BRASIL, 2013). Tem-se, por outro lado, a Unidade Básica de Saúde que conta com o trabalho da “equipe mínima”, assumindo a premissa de assistir à pessoa como um todo, inserida no contexto familiar e comunitário.

A unidade básica ganha aqui enorme importância pela prerrogativa de poder trabalhar em contato direto com a população assistida, estabelecendo vínculos de compromisso e corresponsabilidade, norteadas por uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida, de saúde e doença articulada tanto aos fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, como também ao contexto familiar e cultural. Essa característica estimula o seu matriciamento no sentido de se tornar também responsável por integrar prevenção/promoção em saúde mental, dando o devido atendimento à pessoa quando o tratamento estiver dentro do limite de atuação e complexidade, ou procedendo com os encaminhamentos necessários (LOPES, 2010).

Nas palavras de Campos e Domitti (2007): “Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”. As parcerias estabelecidas entre esses dois dispositivos que compõem o SUS são, portanto, estratégicas na medida em que a saúde mental deva ser entendida como campo a interferir em situações que transcendem a especificidade dos agravos à saúde mental. No caso específico das gestantes, faz-se necessária uma abordagem dialógica, ou seja, um mo-

delo de gestão que instaure uma cultura de refletir e pensar permanentemente as modalidades de intervenções (PIETRANI, 2010).

Estudos empíricos, os de avaliação, bem como os de revisões sistemáticas sobre saúde mental relacionada ou não à gestante – capturados em bases de dados a partir dos descritores “agravos”, “transtorno mental”, “saúde mental”, “gestante”, “saúde coletiva” – têm propiciado melhor compreensão acerca da dimensão dessa problemática (CARVALHO et al. 2009; SILVA et al., 2010; MADER et al., 2013). Tais resultados de pesquisas ajudam a visualizar como se está pensando hoje o sofrimento psíquico, e particularmente a gestante em sofrimento psíquico, reunindo insumos importantes para a elaboração de futuras pesquisas e de projetos terapêuticos integrados no sentido das demandas dessa população. Mas, sobretudo, apontam para a necessidade de se ultrapassar o nível da constatação sobre o que se passa nos espaços sociais e de assistência, adentrando nos sistemas de significação socialmente enraizados e partilhados que orientam/justificam percepções, atribuições, expectativas, atitudes e práticas – elementos essenciais à análise dos mecanismos implicados, por exemplo, nas parcerias esperadas entre CAPS e atenção básica na assistência a saúde mental da gestante.

O MÉTODO

Estudo qualitativo com delineamento definido como pesquisa social com base empírica, cujo tema saúde é o objeto central das discussões (MINAYO, 2012).

O *corpus* selecionado para a análise foram entrevistas em profundidade realizadas com dezoito trabalhadores da saú-

de mental: cinco psicólogos; três psiquiatras e um clínico; duas enfermeiras e duas técnicas; três terapeutas ocupacionais; duas assistentes sociais. Todos possuíam muito mais que seis meses no exercício das atividades – tempo mínimo entendido como necessário para o trabalhador conhecer não só da rotina, mas também dos projetos e parcerias em andamento –, e prestavam assistência direta aos pacientes em CAPS localizados na área metropolitana de Fortaleza-CE: seis CAPS Álcool e Droga, seis Geral e dois Infantil.

As entrevistas duraram em média 90 minutos e foram realizadas no ano de 2010. O roteiro constou de três temas geradores que guardavam relação com os objetivos estabelecidos. Os eixos de discussões respeitaram esses temas geradores que, por sua vez, orientaram os sistemas classificatórios durante o processamento de dados.

QUADRO 1 – Temas geradores e eixos temáticos extraídos do roteiro de entrevista realizada com os dezoito trabalhadores da saúde mental dos CAPS de Fortaleza-CE.

Temas geradores	Objetivos
Fale o que você entende por saúde mental materna.	Obter a representação da equipe de trabalhadores da saúde mental acerca do que é saúde mental materna.
Fale sobre o tipo de parceria existente com as Equipes Saúde da Família e de que forma essa vem beneficiando a saúde geral da gestante.	Conhecer os projetos, programas e tecnologias em andamento, bem como as parcerias em andamento entre CAPS e as Equipes Saúde da Família.
Fale das dificuldades e dos elementos facilitadores da implementação dessa parceria.	Obter relatos das dificuldades e elementos facilitadores da implementação da parceria CAPS-UBS.

Eixos Temáticos	Sistemas classificatórios (Ideias Centrais)
Representações da equipe de trabalhadores da saúde mental acerca do que é saúde mental da gestante.	1) <i>Cuidado à gestante representado como o ato de realizar pré-natal;</i> 2) <i>cuidados como um conjunto de dispositivos a favor da saúde e do bem-estar da mulher.</i>
Projetos, programas e tecnologias em andamento; parcerias com as Equipes Saúde da Família.	1) <i>Apoio matricial;</i> 2) <i>Ausência de parcerias.</i>
Dificuldades e elementos facilitadores da implementação da parceria CAPS-UBS.	<i>Mecanismos estrutural e subjetivos de resistência: falta de conhecimento, A referência e contrarreferência, demandas excessivas.</i>

FONTE: Pesquisa direta realizada pelo autor

Na direção de estudar a relação entre o dispositivo CAPS e a atenção básica na assistência à saúde mental da gestante, tratou-se de buscar compreender nos discursos os processos simbólicos que comportam o sujeito com um mundo interior/individual, trasladando para o mundo coletivo/social possibilitado pelas interações cotidianas (MOSCOVICI, 2003). Aqui se privilegia a discursividade, de maneira que a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefèvre e Lefèvre (2006) pareceu adequar-se ao tratamento do *corpus*, eminentemente qualitativo neste ensaio. Sua principal base teórica de sustentação vem da Teoria das Representações Sociais, sendo continuamente afirmada como possibilidade oferecida para expressar, empiricamente, a opinião ou o pensamento coletivo.

Mesmo não havendo consenso acerca do conceito, as representações sociais estão fortemente associadas à construção de teorias do senso comum compartilhadas coletivamente. Na perspectiva adotada nesse ensaio, as representações são associadas ao imaginário simbólico de sujeitos que partilham uma mesma condição ou experiência social, ou seja, ao sentido que

dão a sua experiência no mundo social, servindo-se dos sistemas de códigos e interpretações fornecidos pela sociedade e projetando valores e aspirações sociais.

Como para a realidade de qualquer método adotado na coleta de dados em pesquisa qualitativa, ao responder a uma questão aberta, as respostas dadas pelo entrevistado podem sofrer dos vieses relativos ao seu grau de comprometimento com a pesquisa, sua sobrecarga/estresse dentro ou fora do trabalho, seu estado de humor momentâneo, experiências traumáticas com o tema abordado, dentre outros intervenientes de ordem psicológica.

Um ponto de vista partilhado por nós é o de que a força do discurso não está no quanto ele quantitativamente é compartilhado, mas na amplitude de significado, nos variados sentidos decorrentes da polifonia e da heterogeneidade, quando um grupo de pessoas movidas por diferentes estímulos responde a um determinado tema de vivência comum.

O coletivo é, todavia, assegurado pela prerrogativa de que no DSC todo discurso individual representa um discurso socialmente compartilhado, ou seja, as pessoas não emitem ponto de vista isolado ou pessoal, mas aquilo que subjetivamente se constrói no convívio com os iguais. Nessa direção, o critério para a composição do discurso coletivo não sendo a quantidade, como já foi defendido, será a semelhança de sentido, independentemente de ele ser muito ou pouco compartilhado, interessando à técnica que o sentido esteja atrelado aos contextos sociais comuns de produção (MOSCOVICI, 2003).

No passo a passo de aplicação da técnica do DSC, estamos inicialmente diante do *corpus* e da literalidade do discurso, portanto. Neste, vozes diversas podem ser reveladoras de

variados sentidos, marcando convergências, divergências ou complementaridade. A técnica propõe-se a reunir os fragmentos de discurso, sendo regra buscar coerência no agrupamento dos fragmentos. É prerrogativa do pesquisador criar uma expressão linguística, a Ideia Central (IC), sistema classificatório que vai reunir inicialmente esses fragmentos por similaridades de sentidos. O sentido comum que une tais fragmentos é o que permitirá posteriormente integrar vários discursos individuais em único discurso designado pela figura de linguagem DSC, na medida em que uma pessoa que só consiga representar uma parcela do mundo social ou das experiências possa ser complementada no seu discurso por outras, até que se tenha a apreensão do todo compartilhado.

A pesquisa contou com a aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade de Fortaleza.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No eixo temático representações da equipe de trabalhadores da saúde mental acerca do que é saúde mental da gestante, a primeira IC (*Cuidado à gestante representado como o ato de realizar pré-natal*) reúne sentidos do discurso dos diversos profissionais entrevistados acerca da gestante no contexto da assistência.

O DSC segue a lógica hegemônica fundada nos currículos de formação da maioria dos profissionais de saúde da atualidade. Daí que a IC 1 sugere que os profissionais desse estudo trazem de sua formação a memória do que seja conduta acertada diante da gestação. Mesmo com atuação voltada para a saúde mental, ao ser chamado a pensar na saúde da mulher durante a gravidez, é mais natural a esse trabalhador que, primeiramente, experimente um sentimento de descontextualiza-

ção ou de impotência, para evidenciar, em seguida, uma representação que passa obrigatoriamente pela lógica hegemônica das especialidades, útil ao propósito de manter-se consonante com sua formação e prática mais corriqueira:

QUADRO 2: Ideias centrais 1 e 2 do eixo temático Representações da equipe de trabalhadores da saúde mental acerca do que é saúde mental da gestante.

IC 1	<i>Cuidado à gestante representado como o ato de realizar pré-natal</i>
DSC	<p>O que eu entendo por saúde materna? Nunca atuei na área! Pouco se ver paciente aqui que está grávida. Existem outros pacientes que, geralmente, a gente foca mais: paciente que está em crise, que precisa da urgência. Aquela com transtorno mental que vem grávida nós encaminhamos para o posto, encaminhado para as enfermeiras para que elas possam fazer o atendimento propriamente dito nessa área de saúde específica. Por isso, pouco se ver paciente aqui que está grávida. Porque, eu acho, em primeiro lugar elas deveriam buscar um posto de saúde, que lá tem uma equipe completa.</p> <p>O cuidado que se deve estabelecer com a mulher nesse período a gente sabe que tem tudo no pré-natal. Ela vê muito o médico, ela não chega muito a necessita de outras coisas, a não ser do médico (referindo-se ao médico das ESF).</p> <p>No CAPS elas poderiam vim pra tratar a questão da droga, como também do álcool. Quando envolve álcool e droga e o recém-nascido, aí fica mais difícil pra tratar.</p>
IC 2	<i>Cuidados como um conjunto de dispositivo a favor da saúde e do bem-estar da mulher.</i>
DSC	<p>Saúde materna, pra mim, é uma mulher física e emocionalmente saudável. É o cuidado que devemos ter com a gestante numa amplitude maior: não só em relação ao feto, nem só em relação à saúde mental, mas tudo aquilo que a gente possa ta favorecendo pra que a mulher – não só durante a gestação, mas por toda a vida materna – passe pelo processo de gestação bem, possa cuidar do seu bebê e cuidar de si, estabeleça vínculos com sua família e com a sociedade.</p> <p>Pensar em saúde materna passa, portanto, por entender que as mulheres, mesmo as que não apresentam algum distúrbio psicológico aparente requerem uma atenção especial tanto dos serviços de saúde, como também da família e da comunidade: respeitando e entendendo um pouco todas as mudanças emocionais que traz a gestação.</p>

FONTE: Pesquisa direta realizada pelo autor.

Pensar a mulher grávida nos espaços dos CAPS tem sido, nessa perspectiva, pensar nos aspectos físicos e nas mudanças fisiológicas. O que leva a crer que se está ainda longe de romper com práticas em cujas o viés da formação traz para dentro da rotina dos profissionais um olhar fragmentado. As equipes de saúde nos espaços especializados diversos, e no caso específico dos profissionais entrevistados, parecem não concordar que a sua demanda diária, bem como aquelas pessoas já em tratamento ou planos terapêuticos voltados para o sofrimento psíquico possam manifestar necessidades em outras dimensões da vida, ou seja, vivenciarem algum outro fenômeno ao tempo que são drogaditas, alcoólatras ou psicóticas.

Imagina-se a situação crítica vivenciada pela gestante que manifeste sofrimento psíquico quando, por um lado, na atenção básica se registra uma representação da “doença mental” como prerrogativa dos serviços psiquiátricos (MADER et al., 2013), e por outro os fragmentos de sentidos de discurso permitiram identificar a crença compartilhada pelos trabalhadores da saúde mental que durante a gravidez a mulher já tem toda a assistência necessária providenciada pelo serviço de pré-natal.

No discurso os profissionais negam ter conhecimento de gestantes sendo assistidas pelo CAPS, entretanto uma consulta feita aos prontuários desses serviços revelou que somente no intervalo de 2005-2009, período em que se identificou prontuários em condições de serem manuseados, foram atendidas 21 mulheres que informaram gravidez, ou seja, pouco mais de quatro ocorrências ano.

Tem-se a interpretação de que os trabalhadores do CAPS se sentem à vontade para falar quando o tema é o transtorno mental e tratamentos convencionados. Outras dimensões de saúde da pessoa, entretanto, geram dificuldades, e o discurso

se torna evasivo. Considerando o informante nessa pesquisa, infere-se que mesmo quando qualquer TM é decorrente ou agravado pela condição de gravidez, é feita por parte do trabalhador em saúde mental uma dissociação (cognitiva inclusive) desses dois fenômenos, que passam a merecer, cada um, atenção de especialidades.

Ainda, diante dos dados e constatações científicas, fica o questionamento: se não chegam até os nossos CAPS mulheres grávidas com TM – mas sendo natural que as mulheres em idade fértil e com vida sexual ativa engravidem e sofram (umas mais e outras menos) dos efeitos dessa condição – onde estão elas? Uma reflexão primeira (como a razão) leva a pensar que elas estão vagando em busca de ajuda em serviços que podem não ser os ideais. E se é certo que a comunidade partilha da mesma representação que a dos profissionais de saúde, estando grávida, tanto a mulher quanto a sua família, espontaneamente, não terá os CAPS como referência nas situações de crise psíquica.

Considerando essa realidade, imagina-se que – prevalecendo a lógica de assistência até aqui identificada –, se for facultado à gestante vagar por diferentes serviços em busca de solução para cada fenômeno clínico que apresentar, é possível concluir que para a gestante com TM (os graves mais certamente) a especialidade que guia um atendimento focado é iatrogênica, porque sustenta um cenário de desassistência e maus-tratos, tanto na realidade dos CAPS, como também é possível de se repetir em outros serviços de saúde mais desavisados.

Fato é que para atuar nesse campo, os trabalhadores da saúde mental entrevistados não se sentem confortáveis. É até considerável que em prol da manutenção de uma zona de se-

gurança, à sua atuação o profissional ancore a prática dos encaminhamentos. Crítica se faz ao fato de, na tradição biomédica, essa prática se consolidar como mera transferência de responsabilidade (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Nos CAPS abordados por esse estudo transpareceu prevalecer o modelo tradicional de intervenções em saúde mental, predominantemente marcado por uma ênfase posta em medicalizar as alterações psicossociais (DIMENSTEIN, 2009). Sobre esse tema, pesquisadores instigam a refletir se não é baseado nos conhecimentos especializados que se cristalizam práticas movidas pela prescrição de condutas/rotinas e principalmente, medicamentos. Trata-se, na prática, de ratificar o princípio básico de funcionamento da nossa rede de assistência em saúde, em que se prevê uma hierarquização – com relações do tipo vertical – que esquadrinha pessoas em espaços, assegurando os micropoderes, lembrando aqui Foucault, que se manifestam em diferentes autorias e em diferentes autoridades.

Acerca dessa realidade, concorda-se com a necessidade de se romper com o olhar fragmentado, mas não só na relação profissional-cliente, que se ressentem da falta de escuta e diálogo. Há também que se derrubarem os muros convencionados da compartimentalização de saberes entre profissional-profissional; sendo subsídio para o atendimento inteiro ao usuário do SUS que esses processos se concretizem (MATOS, 2001).

A segunda ideia central identificada foi: *cuidados como um conjunto de dispositivo a favor da saúde e do bem-estar da mulher*. Encontra-se bem evidenciado nos discursos dos entrevistados que a visão interdisciplinar e do cuidado integral é realidade que se não é fácil de pôr em prática, dada toda uma conjuntura desfavorável, pelo menos faz parte de suas repre-

sentações, acenando para existência de disposição humana para se trabalhar os conceitos em relação às gestantes com TM nos espaços dos CAPS.

Trazendo luz sobre o movimento entre os trabalhadores da saúde mental, Barros & Dimenstein (2010) escrevem que a reforma psiquiátrica está articulada à produção de novos modos de subjetivação, pressupondo práticas de cuidado mais sensíveis, como também uma ruptura com uma assistência em saúde confinada em saberes e instituições.

Tomando em leitura o material empírico, defende-se que a representação de saúde materna aqui denota como os trabalhadores da saúde mental podem assumir um discurso politicamente correto, quando, por exemplo, tiram o foco da gravidez, mas também não o põe meramente nos aspectos inerentes à saúde mental; e quando não restringem ao corpo de profissionais os cuidados com essa mulher, estendendo a responsabilidade para família e comunidade. Esse achado deve ser bem apreciado, pela relevância para a nova mentalidade que, se deseje, domine a reforma psiquiátrica.

Entretanto, não se pode dizer do DSC ser ele totalmente isento de posicionamento que remonta às práticas mais conservadoras. Inconscientemente fragmentos de discurso vão denunciar a lógica tutelar que ainda prevalece associada às práticas: *É o cuidado que devemos ter com a gestante [...] tudo aquilo que a gente possa ta favorecendo [...] como um conjunto de dispositivo a favor da saúde dela.*

Admite-se ter aplicação, dentro da linha de raciocínio conduzida nesse momento de análise, a reflexão de que a produção da subjetividade vem como um legado histórico a se expressar por meio do desejo inconsciente de dominar, de

subjugar, de classificar e hierarquizar: dispositivos invisíveis da concentração de poder – poder que, de seu lado, só resiste justificado no controle da vida (do outro).

Concorda-se, por fim, que uma mudança de concepção no que se refere ao campo do cuidado interdisciplinar/integral tem relação estreita com a construção de novos sujeitos e novas práticas em saúde, coisa que, transparece, está em andamento (BARROS; DIMENSTEIN, 2010). Mas, também é ponderado que novos sujeitos e práticas só se fazem a partir da vontade de romper com forças que se estruturam para garantir a reprodução das relações sociais dominantes. Essas forças no contexto da saúde mental são o que a autora vai denominar de “fábricas de subjetividades serializadas”.

No eixo temático “Projetos, programas e tecnologias em andamento; parcerias com as Equipes Saúde da Família”, analisam-se duas ICs (*Apoio matricial como referência de parceria; Ausência de parcerias*). Com exceção do profissional psicólogo, todos os demais estão representados no DSC editado para IC 1, em que a estratégia de matriciamento das equipes de saúde da família foi apontada como única via de diálogo existente na atualidade entre CAPS e UBS:

QUADRO 3: Ideia central do eixo temático Projetos, programas e tecnologias em andamento; parcerias com as Equipes Saúde da Família.

IC 1	<i>Apoio matricial como referência de parceria</i>
DSC	<p>A parceria que atualmente tá acontecendo é o apoio matricial. Esse é o conhecimento que eu tenho a respeito de algum projeto que existe pra favorecer essa ligação CAPS-ESF.</p> <p>O que seria então o apoio matricial? Existe uma interfase, um diálogo com as equipes no sentido de que elas trabalhem com a saúde mental na atenção básica. Presta-se um serviço de assessoria às equipes de saúde da família que possuem pacientes que têm o perfil para atendimento psiquiátrico ou psicológico, mas que, necessariamente, não necessitam de atendimento em CAPS – que, na atualidade, tem em vistas o atendimento a pacientes com casos mais graves. Os casos leves e moderados devem ser atendidos nas unidades de saúde.</p> <p>A parceria não existe especificamente para as gestantes. Ela visa atender o que o posto tem de demanda – que é extensa, é múltipla tanto dentro do PSF, como no CAPS. Mas, se uma gestante necessitar ela vai poder ser atendida e, dependendo do que se observar, é encaminhada pro atendimento no CAPS.</p>
IC 2	<i>Ausência de parcerias</i>
DSC	<p>Não conheço nenhuma ação existente hoje entre CAPS, saúde mental, e a atenção básica. De fato, eu não conheço nenhuma parceria existente entre equipe de saúde da família e o CAPS. O que existe é: se uma pessoa que é atendida no CAPS precisa de cuidados clínicos, a gente encaminha pro PSF. Da mesma forma, se eles têm pessoa, ou uma gestante, ou puerpera que precise de um acompanhamento psiquiátrico, a unidade pode tá encaminhando pra gente aqui. Mas, nesses casos as equipes do saúde da família pouco tem encaminhado o usuário. No caso específico das gestantes, geralmente, ela vem por demanda espontânea, e não por encaminhamento da equipe de saúde da família.</p>

FONTE: Pesquisa direta realizada pelo autor.

Importa dizer, como destaca o DSC, que as equipes de matriciamento são realidade muito recente no estado do Ceará. Data dos últimos dois anos investimentos mais expressivos nesse sentido. De maneira que, como para a maioria das experiências que vem se evidenciando no restante do país, tanto há ausência de clareza entre os profissionais acerca do papel

que cada um deve assumir para efetivação da proposta, como também há representações equivocadas – porque também são geradas expectativas equivocadas por parte dos dois segmentos envolvidos: população e profissionais de saúde.

Um consenso acerca dos TM é o de que demandam monitoramento e gerenciamento de longo prazo. O que – transparece o discurso – ainda não se assimilou é a nova ordem de atribuições: que requer dos diversos dispositivos da rede assistencial em saúde, não o desvio, mas sim o compartilhamento de responsabilidades, bem como de saberes (MATTOS, 2001). Tratar-se-ia de planejar e executar ações que se complementam, pautando-se em atitude terapêutica que privilegie a intersectorialidade, bem como o vínculo com a família/comunidade e a (co)responsabilização do sujeito por sua saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Muito embora fragmentos do discurso se utilizem de conceitos como é o caso de “diálogo” e “interface” (valiosos para a reforma das organizações e do trabalho em saúde), todo o teor do DSC ainda está longe de reproduzir o significado do matriciamento como uma metodologia da gestão do trabalho em saúde, que, inclusive, colabora para com a clínica ampliada. Infere-se, sim, haver na representação dos profissionais aqui considerados, traços de alienação acerca de se está trabalhando para validar uma linha teórica em que se defende a integração dialógica das distintas especialidades/profissões e o investimento na autonomia dos usuários como forma de assegurar maior eficácia às ações e maior eficiência ao trabalhador. Esse fenômeno autores vêm atribuindo à existência de um “obstáculo epistemológico”, uma vez que o apoio matricial pressupõe grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde-doença e a intervenção de modo mais dinâmico.

Ressalta-se, nesse ponto, o desafio posto pela reforma psiquiátrica em que se deve pensar ainda o tipo de investimento feito no território e na rede de sociabilidade primária como pré-requisito para fixar – eu digo – não os “egressos das internações psiquiátricas”, mas toda a clientela da atualidade que, ao se tornar consumidora de serviços, como os ofertados pelos CAPS, vai sofrer de preconceito e marginalização.

Não é, pois, como sugere o DSC, uma questão de “orientar”, “capacitar” ou mesmo de prestar “*um serviço de assessoria às equipes de saúde da família que possuem pacientes que têm o perfil para atendimento psiquiátrico ou psicológico*”. Entretanto, na medida em que a interdisciplinaridade e outras formas de intercâmbios com as unidades básicas de saúde são subjetivamente aceitas como se tratando do matriciamento, e que esse matriciamento, de seu lado, é confundido com uma espécie de tutela das ESF, corrompe-se o sentido primordial do que foi idealizado – o que per si mina (de êxito) a proposta.

Ora, o apoio matricial vem se destacando como ferramenta indispensável para evitar a prática de encaminhamentos e internações, traçando um elo entre a Atenção Primária à Saúde (APS) básica e a rede de assistência em saúde mental, e neste contexto os especialistas contribuem capacitando e identificando as dificuldades da APS em seu próprio contexto (MUNARI et al. 2010). Todavia, o discurso dos trabalhadores da saúde na IC 2 é marcado pela negação, ou seja, um trabalho articulado entre as instituições não é percebido; sendo que o matriciamento sequer é lembrado como um marco dessa articulação, algo que venha para fazer a diferença, avançando na proposta de descentralização do atendimento em saúde mental.

No caso da gestante com TM, e com o olhar direcionado para as unidades básicas, tratar-se-ia também de tirar a

pessoa do centro único determinado pela rotina do pré-natal, ampliando a visão do que seja saúde durante esse ciclo vital. A descentralização dos serviços básicos nesse caso passa pela aproximação com os especialistas da saúde mental, o que implica dizer que a assistência não se fixa nesse atendimento especializado, mas se complementa nele.

Analisando agora a IC2 desse eixo temático, depara-se com discursos que, de certo modo, ratificam análises feitas anteriormente quando se concluiu por haver uma cultura de atendimento focado na doença, e também que se utiliza basicamente do mecanismo de encaminhamentos ou “transferência de responsabilidade”. Nesse aspecto, o DSC produzido em função da IC2 é ilustrativo.

É mais comum que a prática dos encaminhamentos seja isenta de planejamento compartilhado, e o plano terapêutico seja, portanto, dicotomizado: há um plano “daqui” (unidade básica de saúde responsável pelo pré-natal), que considera uma especialidade, e um plano “de lá” (CAPS), com outros desdobramentos.

Diante de tal perspectiva de atuação, como para a clientela em geral, desenha-se também para a gestante com alguma TM um quadro de desassistência, com possíveis comprometimentos físicos e desgaste emocional, o que ganha evidência no DSC. A prática se ressent, pois, de ações dialogadas, o que se dá entre distintas especialidades e profissões, procurando fazer coincidir o modelo de gestão que compõe cada organização de saúde, com a unidade de produção interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Autores que escrevem sobre o “obstáculo subjetivo e cultural” presente em propostas inovadoras – como é o caso do apoio matricial – vão dizer que o trabalho interdisciplinar

depende de certa predisposição para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão compartilhada (REIS; ANDRADE, 2008; MACHADO; COMOMÉ; BECK, 2011). A crítica que se faz é a de não ser esse o padrão de subjetividade que domina nossas instituições, em que, ao contrário, as pessoas “cristalizam-se em identidades reativas”, sendo prerrogativa desconfiar para defender-se. Termina que o núcleo de especialidade não passa de espaço protegido justamente por justificar uma autonomia, uma independência (inquestionável) de condutas diante do paciente.

Pondo agora sob o foco das análises o eixo temático de número três, de única IC, entendemo-lo como importante para complementar a discussão conduzida até o momento acerca do matriciamento. Comportou a IC: *Mecanismos estrutural e subjetivos de resistência: falta de conhecimento, A referência e contrarreferência, demandas excessivas.*

Ao escrever sobre apoio matricial, Gastão Wagner estabeleceu alguns obstáculos à proposta. Esse estudo valida, de certo modo, as preocupações do autor na medida em que os DSC vão ao encontro de suas reflexões, ao mesmo tempo em que nos leva a partilhar da convicção de que esses obstáculos precisam mesmo ser conhecidos, exaustivamente analisados, engendrando estratégias que os eliminem; tudo isso como uma prerrogativa para tornar possível o trabalho interdisciplinar:

QUADRO 4: Ideia central 1 do eixo temático Dificuldades e elementos facilitadores da implementação da parceria CAPS-UBS.

IC	<i>Mecanismos estrutural e subjetivos de resistência: falta de conhecimento, A referência e contra-referência, demandas excessiva.</i>
DSC	<p>As pessoas não conhecem, realmente, o serviço (se referido ao CAPS). Mesmo a população em geral passa a conhecer o serviço por conta, às vezes, de um vizinho que tá fazendo o tratamento, ou porque tem um amigo que trabalha lá. De mesmo modo, muitas vezes, algumas equipes não compreendem, acredito eu, o papel da saúde mental, e isso torna difícil o trabalho conjunto. Eles enxergam a saúde mental como uma coisa totalmente diferente da saúde corporal. A gente encontra muitas equipes de PSF resistente quanto a discutir saúde mental. Coloca-se que saúde mental é caso de CAPS. Sobretudo, há muito preconceito, há muito desconhecimento, há muitos temores. Quando diz que é um paciente do CAPS parece que a visão antecipada é a de que se trata de um louco, de uma pessoa perigosa.</p> <p>Outra dificuldade é que tanto o PSF, como o CAPS têm uma demanda muito grande. Existe mais demanda do que trabalhadores no serviço de saúde. As equipes do PSF são extremamente desfalcadas, são incompletas. Nem todas as equipes do PSF estão prontas, não tem profissionais médicos dentro das equipes. Às vezes, a gente quer fazer essa parceria e não tem equipes destinadas para dar conta dos nossos pacientes. Há dificuldade de conciliação de horários livres para que os funcionários do CAPS encontrem os do PSF; dificuldade de deslocamento PSF-CAPS e CAPS-PSF; falta de verba; de facilitadores.</p> <p>A referência e a contrarreferência é outra dificuldade. Porque demora as respostas do posto de saúde na questão de marcações de consultas. A gente tem dificuldade de ter um retorno breve, tanto daqui do CAPS pro PSF, como do PSF pra cá. Eu mando uma gestante pra lá – é usuária de drogas – é claro que vamos esclarecer o que ela vai precisar tomar, orientar o que pode e o que não pode usar. Mas, de lá (referindo-se às USF) eles não ligam pra gente, pra dizer que a paciente tá lá, que tá fazendo o pré-natal como é pra ser. Não tem esse retorno.</p>

FONTE: Pesquisa direta realizada pelo autor

No DSC acima, além de se poder aplicar o conceito de “obstáculo subjetivo e cultural” discutido no eixo temático anterior, tem-se em plano um obstáculo estrutural que conspira para fazer prevalecer uma descontinuidade e fragmentação dos projetos terapêuticos. Isso quer dizer que, tradicionalmente, o modelo hierarquizado e a burocratização na forma de relacionamento entre os serviços instituem modos de intervir que acarretam uma desresponsabilização em detrimento da corresponsabilização entre profissionais e serviços de saúde (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Todo esse depoimento vem ao encontro do trazido pela literatura quando ela aborda as equipes de atenção básica e o fato de elas se sentirem desprotegidas, sem capacitação para corresponder à demanda específica em saúde mental, que não deixam de chegar cotidianamente ao serviço. As equipes de atenção básica isoladas, sem apoio para atender a essa demanda, enquanto de um lado os profissionais podem adoecer, negar essas questões, não fazer um atendimento integral para sua população; de outro, tem um aumento do sofrimento na população assistida.

É aventado pelo discurso haver deficiência na formação profissional, o que impediria a ESF assistir em saúde mental. Sobre o tema, autores sugerem assentar-se essa deficiência em projetos curriculares que não visam à integralidade (das disciplinas, das práticas e da organização do serviço) (REIS; ANDRADE, 2008). São, portanto, as características da formação que parecem reduzir iniciativas profissionais e a capacidade de ter uma visão ampliada do ser humano.

Por todas essas considerações, destaque-se que o obstáculo estrutural pode incorrer em maiores custos, quando implica em perda de eficácia e no aumento da iatrogenia verificada nos serviços de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

De tal modo, investir na interface entre saúde mental e atenção básica é o grande desafio para avançar, promovendo mudanças no que hoje transparece pouco resolutivo. Ainda, a comunidade deve participar sinalizando suas necessidades e como parceira na construção de projetos que integrem a vida familiar e comunitária às ações de saúde disponibilizadas pelos diversos serviços (MUNARI et al. 2010).

Essa IC reúne sentidos do discurso que evidencia o obstáculo relacionado com o excesso de demanda e a carência de recursos que favoreçam a vinculação dos serviços de saúde mental com a atenção básica. No discurso, os profissionais revelam ausência de condições favoráveis para que haja, de fato, uma articulação entre os CAPS e a rede de atenção básica. Sobre o tema escreve que a dificuldade de diálogo entre os serviços, enfim, não configura principal problema para as ações compartilhadas, mas serve para encobrir problemas de ordem estrutural e de recursos materiais/humanos.

Se há uma forte demanda cotidiana de saúde mental não acolhida na atenção básica, é sabido que a causa principal reside no fato de os técnicos não se sentirem capacitados, necessitando de apoio nesse campo. Esse apoio, de seu lado, é dinâmico requerendo presenças constantes por parte dos profissionais especialista (dialogando e instrumentalizando as equipes). Ao serem considerados os CAPS responsáveis únicos pelo matriciamento – sem, entretanto, mudar a lógica de funcionamento interno aos serviços, nem a demanda se alterar –, concorda-se que se abre espaço para insatisfações, manifestadas na forte resistência a uma prática compreendida como tarefa a mais inserida na rotina de ambos serviços (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Curiosamente, o apoio matricial deveria ser encarado como uma maneira de reduzir a potência do obstáculo demarcado exatamente pelo excesso de demanda e a carência de recursos (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Isso por se tratar de um arranjo que permite uso racional de recursos – quando cria oportunidade para que único especialista integrar organicamente seu trabalho com o de várias equipes de referência – ao tempo em que “amplia a visão sobre o processo saúde, doença, intervenção, sem que haja uma diluição da responsabilidade sobre os casos”. O DSC suscita, assim, necessidade de uma avaliação acerca do grau de clareza sustentado pelos serviços envolvidos na proposta de Apoio Matricial.

Por fim, os entrevistados retomam no discurso o tema da referência e contrarreferência, agora compreendido como elemento dificultador da implementação de uma lógica de funcionamento interdisciplinar entre profissionais, como também instituições.

Infere-se, todavia, com base na literatura, que se já existia uma prática equivocada acerca do sistema de referência, na lógica do matriciamento, a representação socializada pode significar sério obstáculo a essa prática. Cogitam os profissionais, conforme o DSC: *A gente gostaria de referenciar alguém para o posto..., e o posto poder se prontificar a acompanhar da forma mais rápido possível [...] eles não ligam pra gente, pra dizer que a paciente tá lá, que tá fazendo o pré-natal como é pra ser.*

O divulgado pelo Ministério da Saúde, através do documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”, é que “a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local” (BRASIL, 2007). É, sem dúvida, a visão dominante de uma prá-

tica que se ancora em especialidades, o que alimenta a lógica dos encaminhamentos.

Entretanto, destaquem-se escritos que afirmam sobre a necessidade de uma reorganização do mecanismo de referência e contrarreferência, pois há um déficit na continuidade dessa assistência, repercutindo em uma destituição de vínculos entre usuários e profissionais (MACHADO; COMOMÉ; BECK, 2011). No caso da saúde da gestante com TM, os efeitos da destituição de vínculos podem ser ainda maiores, uma vez que a crise ou a exacerbação de sintomas podem implicar em complicações na gravidez, no parto, como também repercutir negativamente na criança após o nascimento.

O sentido que se necessita incutir na prática do profissional de saúde nesses novos tempos é o de que não existem encaminhamentos, mas sim projetos terapêuticos comuns, mesmo que a responsabilidade principal pela condução dos casos continue com a equipe de matriciamento. Esse é um desafio que pressupõe a desconstrução de práticas que visam tratar apenas a doença, para tratar a pessoa com seu sofrimento, em um contexto e momento específicos do ciclo vital (MUNARI et al. 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se não fazer parte da realidade dos CAPS, portanto não sendo uma vivência comum aos profissionais da saúde mental, acompanhar a gestante. A fragmentação do atendimento, a dicotomização feita entre saúde mental e saúde materna, polariza também o atendimento, de maneira que gestantes serão encontradas assistidas pelas ESF, enquanto nos CAPS estão essas mulheres reconhecidas apenas pelos seus transtornos mentais.

A compartimentalização de corpos por patologias, por manifestação clínica ou por especialidades provoca uma distorção do que se preconiza como “atuar em equipe”, na medida em que isola cada dispositivo em si mesmo, isolando também os profissionais naquilo que cada um sabe (pode) fazer. No caso específico dos CAPS aqui estudado, isso não só segrega a mulher grávida com algum transtorno psíquico, como também a limita a transitar em um estreito e polarizado circuito terapêutico – trata-se de uma zona que deixa confortável o profissional especialista, e fora da qual prevalece neste o sentimento de impotência, ou a opção de encaminhar, transferir a “paciente” (ou a responsabilidade?).

Com o estudo realizado fica claro que a assistência à gestante com algum sofrimento psíquico se ressent de canais de diálogos, deixando-se, como isso, de se aplicar o projeto terapêutico integrado. Que a estruturação de uma rede de serviços em saúde mental, se não fazem uso deliberado e eficaz de planos terapêuticos partilhados, não produzirão mudanças significativas na maneira de pensar as práticas, basicamente assentada em campos demarcados pelas especialidades. Nesse domínio, destaque-se o vácuo de propostas concretas fundadas na fragilização das equipes de assistência que se ressentem particularmente da inexistência de capacitação específica.

Acerca das dimensões que requer atenção numa nova ordem de pensar e agir em relação à saúde mental, algo a se valorizar é a parceria, e são os recursos/mecanismos próprios à comunidade, reconhecendo o potencial presente nas redes de solidariedade.

REFERÊNCIAS

BARROS, S. C. M; DIMENSTEIN, Magda. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**. n. 1, p. 48-67, 2010.

BENNETTON, M. J. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v. 4, n. 3, p. 11-16, mar. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G. W; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n.2, p.399-407, fev. 2007.

CARVALHO, A. C. A. et al. O uso de drogas psicotrópicas na gestação. **Femina**. V. 37, n. 6, jun. 2009.

DIMENSTEIN, Magda et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc**. v.18, n.1; p.63-74, mar. 2009.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, A. M. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. v. 10, n. 20; p. 517-524, dez. 2006.

LOPES, A. F. Matriciamento: a representação social da equipe de saúde da família. **Saúde em debate**. v. 34, n. 85, p. 211-219, 2010.

MACHADO, L. M.; COMOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem UFSM**. v. 1, n. 1, p. 31-40, jan./abr. 2011.

MADER, C. V. N. et al. Avaliação do vínculo mãe-filho e saúde mental de mães de crianças com deficiência intelectual. **Einstein**. v. 11, n.1; p. 63-70, mar. 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

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

MUNARI, D. B. et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde para o cuidado em saúde mental na atenção básica: potencializando pessoas para cuidar de pessoas. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet**. v. 4, n. 1, p. 115-23, 2010.

PIETRANI, E. E. M. Saúde mental no trabalho: um convite ao dialógico. **Revista da Abordagem Gestáltica**. v.16, n.1; p. 91-94, jun. 2010.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 13, n. 1, p.61-70, fev. 2008.

SEVERO, A. K; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 31, n. 3; 2011. p. 640-655, 2011.

SILVA, R. A. et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 9, set. 2010.

CAPÍTULO 2

PRIMAVERAS ROUBADAS: IDEACÃO, TENTATIVA E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA - UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Karla Julianne Negreiros de Matos

Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira

Ana Carina Stelko-Pereira

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

Lídia Andrade Lourinho

Maria Salete Bessa Jorge

Distribuição Proibida
EdUECE

INTRODUÇÃO

O suicídio é a única questão verdadeiramente filosófica. Assim se referiu ao suicídio o escritor e intelectual francês Albert Camus em “O Mito de Sísifo”. Já o sociólogo alemão Emile Durkheim (1982), por sua vez, considerou na sua obra “O Suicídio”, que o evento de suicídio era, sobretudo, uma denúncia individual de uma crise coletiva. Independentemente das inúmeras reflexões que se têm produzido ao longo da História sobre este assunto, a única verdadeira certeza é o fato de o ato suicida ser tão antigo quanto o questionamento do Homem sobre si mesmo e sobre os seus problemas existenciais.

Apesar de ser um fenômeno parte da existência humana, atualmente o suicídio é considerado um problema de saúde pública e que vem crescendo na maior parte dos países

do mundo (BOTEGA, 2014; SCHMIDTKE *et al.*, 2004). É a quarta principal causa de morte por causas externas com idades entre 15 e 65 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2012).

As tentativas de suicídio aumentam significativamente a carga social e econômica da sociedade, segundo a Organização Mundial da Saúde (2001). As tentativas de suicídio demandam recursos da saúde para a recuperação da saúde após a tentativa, onerando o sistema público de saúde. Adicionalmente, quando alguém falece por suicídio, há uma perda significativa da força de trabalho, ocorre uma desestruturação familiar intensa e pode ocorrer adoecimento psicológico dos indivíduos que tinham vínculo afetivo com o indivíduo que se suicidou, o que representa uma perda significativa para todo sistema previdenciário. Dessa forma, esse tema necessita de estudos que investiguem a natureza multidimensional do ato suicida (GOULD *et al.*, 2007).

Ideação suicida pode ser definida como “pensamentos de se engajar em comportamentos destinados a acabar com a própria vida, sendo um importante indicador de vulnerabilidade da saúde mental e do risco de envolvimento em tentativas de suicídio (FERREIRA E GABARRA, 2014; BRIDGE *et al.*, 2006). A ideação suicida é especialmente comum durante a adolescência, com uma prevalência crescente de 12 anos e um pico aos 16 anos, mantendo-se elevada nos primeiros vinte anos (NOCK *et al.*, 2008).

Embora o suicídio seja uma das principais causas de morte entre os adolescentes no mundo, pouco se sabe sobre a prevalência, as motivações, os correlatos, o tratamento de seus precursores imediatos e as características dos adolescentes com comportamentos suicidas (ou seja, ideação suicida, planos e

tentativas). Apesar do aumento da produção científica sobre suicídio na população em geral nos últimos anos, percebe-se ainda pouca produção quando a temática retrata questões específicas da adolescência (INZUNZA, 2012).

As revisões de literatura exercem um papel importante no desenvolvimento de futuras pesquisas e orientação da prática profissional, uma vez que, ao revisar pesquisas, procura-se, encontra-se, interpreta-se e se pode aplicar os resultados dos estudos científicos à realidade. A revisão de literatura integrativa é um método de pesquisa que permite uma avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, além de aprofundar o conhecimento sobre a temática investigada, apontar lacunas que precisam ser preenchidas por meio da realização de novas investigações e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES, 2008).

A revisão integrativa consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. A síntese do conhecimento, dos estudos incluídos na revisão, reduz incertezas sobre recomendações práticas, permite generalizações precisas sobre o fenômeno a partir das informações disponíveis e facilita a tomada de decisões com relação às intervenções que poderiam resultar no cuidado mais efetivo e de melhor custo/benefício (STETLER, 1988).

Assim, este capítulo descreve uma revisão integrativa e crítica da produção acadêmica nacional e internacional dos últimos 15 anos sobre ideação, tentativa e suicídio na adolescência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que busca sintetizar resultados de pesquisa e especificar o que vem sendo publicado em periódicos científicos sobre suicídio e ideação suicida na adolescência, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema, além de dar suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica.

As pesquisas foram feitas por meio da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), que concentra e focaliza informações nacionais e internacionais sobre o tema registradas no *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e no *Pubmed*. Foram utilizados os descritores: “suicídio na adolescência”, “*suicide and adolescent*”, “ideação suicida na adolescência” e “*suicide ideation in adolescents*”, no período de junho e agosto de 2014. Os **critérios de inclusão** para os estudos encontrados foram os buscadores citados acima, estar entre o período de 1998 e 2014, serem artigos originais e gratuitos nas plataformas online. O quadro 1 apresenta as etapas para a seleção dos textos de interesse.

O material coletado passou por uma classificação de cunho analítico, na qual se buscou evidenciar o estado do conhecimento, as questões mais relevantes para os autores e as lacunas que existem na literatura e exigem estudos futuros.

Foram selecionados 33 artigos que juntos pesquisaram um total de 271.754 participantes. As pesquisas foram realizadas em países da América (Argentina, Brasil, Canadá, Chile e Nicarágua), da Europa (Inglaterra) e da Ásia (China e Japão). Entre os artigos que apresentavam dados, 14 empregavam de fontes primárias enquanto que 19 de dados secundários. Os estudos analisados foram divididos em cinco categorias, de acor-

do com o tema investigado: características metodológicas dos estudos; prevalência de suicídio; fatores de risco para ideação e tentativa de suicídio; prevenção do suicídio em adolescentes.

As questões culturais, embora citadas em praticamente todos os trabalhos, em nenhum deles, apontam métodos e instrumentos capazes de mensurar essas influências como risco para o suicídio. Cada país apresentou suas particularidades culturais em relação aos métodos de tentativas de suicídio, que estão relacionados à facilidade de acesso aos instrumentos autolesivos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Características metodológicas dos estudos

Os participantes dos estudos eram em grande parte do Brasil, uma vez que 12 artigos eram brasileiros, em seguida norte-americanos, sendo que 10 estudos ocorreram nos Estados Unidos.

A maior parte dos estudos (20 artigos) pesquisaram o suicídio após ocorrido, enquanto apenas 11 pesquisaram a ideação suicida, no entanto, a ideação suicida é um importante indicador de vulnerabilidade à saúde mental como também relaciona-se ao risco de envolvimento em tentativas de suicídio (TANG, 2011). Os trabalhos que abordavam a temática da tentativa de suicídio remetiam a pesquisas que ocorreram entre 1980 e 2006. Foram investigados estudos da Argentina, do Brasil, do Canadá, da Inglaterra, do Japão. No Brasil, houve estudos epidemiológicos que retratavam a realidade de Minas Gerais e do Ceará acerca do tema.

As características metodológicas variaram de modo que alguns estudos utilizaram-se de entrevistas como o do Abasse (2009) e Veras (2011), outros pesquisaram prontuários, como no estudo de Yoshitaka (2012) e Bernndo (2010) e outros aplicaram questionários e escalas como Craig (2010). Por exemplo, os estudos de Kaashima (2012), Burns (2008), Pacheco (2010), Abasse 2009, Veras (2011) empregaram diversificados instrumentos de avaliação de ideação suicida e tentativa de suicídio, dificultando assim um estudo sistemático que permita mapear a realidade dos adolescentes que tentaram suicídio nos mais diversos pontos do planeta. Adicionalmente, há críticas se esses instrumentos são adequados para utilização específica com adolescentes, como no estudo de Bernardo (2010), que utilizou o *Mini Instrument Neuropsychiatric Internacional* com adolescentes, sendo que o uso com esse público não se mostra adequado segundo a pesquisa de Marcondes (2002).

Quanto ao uso da técnica de análise de documentos para investigações sobre suicídio, cabe ressaltar que as pesquisas de Mcclure (2001) e Souza (2002) abordaram a tendência à subnotificação de dados; falhas nos registros; taxas oficiais precárias; a imprecisão na fonte de produção; e a dificuldade em saber se o episódio foi acidental ou intencional. O trabalho de Mcclure (2010) aponta ser necessário examinar “os casos de morte indeterminados” e “mortes acidentais” por métodos comparáveis ao suicídio. Isto, pois, o suicídio pode ser erroneamente classificado, onde o médico legista considera que há evidências insuficientes para caracterizar que a lesão foi autoinfligida.

Os estudos apresentaram variação quanto à delimitação do período da adolescência, sendo que em sua maioria foi destacado o período dos 10 aos 19 anos, porém a pesquisa de Yoshitaka (2012) realizada no Japão considera a adolescência até 24 anos.

Prevalência de suicídio

Como apresentado por Nock (2007), o estudo aponta uma prevalência crescente de ideação suicida aos 12 anos e um pico aos 16 anos, mantendo-se elevada a presença da ideação suicida nos primeiros vinte anos. O estudo de Robin (2012) faz uma subdivisão das idades, e é o único que aponta haver uma diminuição de tentativa de suicídio na faixa etária de 15 a 19 anos entre os homens, sendo, segundo o autor, consequência da existência de programas de valorização da vida e prevenção do suicídio implantados em escolas e comunidades no Canadá, onde o estudo ocorreu.

Na Argentina observa-se, na população geral, uma taxa crescente em 18 anos de casos de suicídio tendo aumentado de 1,5 por 100 mil em 1990 para 8,2 por 100 mil em 2008. No Brasil, 43 crianças entre zero e nove anos, entre 2000 e 2008, morreram por suicídio, o que corresponde a 0,1% do total de mortes por essa causa (SOUZA, 2010). O mapa da violência 2014 aponta que há uma elevação significativa das taxas de suicídio a partir dos 17 ou 18 anos de idade, com taxas bem acima da média nacional, em torno de cinco suicídios a cada 100 mil habitantes (WAISELFISZ, 2014).

Quantos aos índices de suicídio entre adolescentes, as taxas variavam de 9,2 por 100.000 habitantes no Canadá a 2,4 por 100.000 habitantes no Japão. Embora diferentes índices de taxas de prevalência, todos os estudos destacaram o aumento vertiginoso dos casos nos últimos anos. Por exemplo, na Argentina, em 10 anos os números de casos de crianças e adolescentes que cometeram suicídio aumentaram oito vezes.

Em Minas Gerais, entre 1998 e 2003, o número total de internações no SUS decorrentes de tentativas de suicídio foi de 14.443, das quais 55,4% eram do sexo masculino e 44,6%,

do feminino. A faixa etária dos 10 aos 19 anos representou 16,2% do total dessas internações (ABASSE, 2009). No estado do Ceará, os óbitos por suicídio na década de 90 representaram 6,2% das mortes por causas externas (suicídio, homicídio e acidentes de trânsito). A taxa variou na população geral de 1,7/100.000 habitantes em 1990 para 4,3/100.000 no ano de 1999. No grupo de 15 a 29 anos, a taxa de mortalidade por suicídio passou de 5,1/100.000 habitantes para 7,6/100.000 habitantes (VIEIRA, 2009).

Fatores de risco para ideação e tentativa de suicídio

Entre a maioria dos autores, há uma conformidade quanto aos fatores de risco para o suicídio, sendo os mais mencionados: tentativa prévia, transtorno de humor, depressão, abuso de drogas lícitas e ilícitas, ausência de apoio familiar, história familiar de doenças psiquiátricas, história familiar de comportamento suicida, doença física grave e/ou crônica, eventos estressores e orientação sexual. (SOUZA 2009; BURRONE 2013; SKINER 2012; MCCLURE 2001; FREITAS 2006; VIEIRA 2009; OLIVEIRA 2012; KAASHIMA 2012; CDC 2006; CEARÁ 2006).

Há informações contraditórias entre ideação suicida e relação com gênero, sendo que Peter (2004) afirmou que a ideação suicida é mais frequente nas mulheres, enquanto que Souza (2010) e Werlang (2006) demonstraram que os homens têm maiores riscos para ideação suicida. Já em relação à tentativa de suicídio, os artigos pesquisados apontaram uma prevalência maior de tentativa de suicídio entre as mulheres (VERAS, 2011; CRAING, 2008; BERNARDO, 2010; ABASSE, 2009).

A depressão é apontada por vários autores como um dos principais fatores de riscos para ideação suicida (PETER, 2004; WERLANG, 2006; JOE, 2007). No entanto, os estudos mostraram taxas de riscos diferentes. Peter (2004) apresenta valores de risco para adolescentes depressivos a terem ideação suicida como $OR=1,63$ para homens e $OR=1,45$ para mulheres. No entanto, Werlang (2006) demonstra um risco sem divisão de gêneros de $OR=9,3$ vezes, enquanto Joe (2007) apresenta um OR de 3,5.

Chama a atenção a disparidade em relação aos valores apresentados por alguns estudos, levando a hipotetizar algumas razões para essas diferenças: a) as diferenças são reais, pois investigaram populações com características culturais variadas e com diferentes características socioeconômicas já que ocorreram em países diferentes; e b) o método empregado pelos estudiosos variou bastante, de modo que nem todos os instrumentos apresentaram se tinham características psicométricas adequadas ao público adolescente.

Além do gênero, outras variáveis foram analisadas como fatores de risco para a ideação e tentativa de suicídio. Wilcox (2010) apresentou a depressão materna como fator de risco para a ideação suicida. É possível especular que essa relação exista por razões de hereditariedade e por menor disponibilidade da mãe em cuidar. A homoafetividade também apareceu como um fator de risco para a ideação suicida em Teixeira-Filho (2012) e Wilcox (2010), podendo-se suspeitar que devido ao preconceito ainda existente em muitas culturas, os indivíduos homossexuais sofram violência, o que os torna mais suscetíveis à depressão.

O abuso de álcool foi apontado em Peter (2004) e Medina (2011) como fator de risco para a ideação suicida. No tra-

balho do brasileiro Souza (2010), o risco de ideação suicida por uso ao longo da vida é um pouco maior que nos outros estudos. Porém, chega-se a duplicar o risco de ideação suicida - esse valor de aproximadamente $OR=3,96$ - quando o uso de álcool foi utilizado no último mês.

Segundo Maia (2005), em seu estudo sobre fatores de risco para o desenvolvimento infantil, a ingestão de bebida alcoólica pelos pais facilita o contato do adolescente com a ingestão de álcool, contribuindo para um fator de risco de ideação suicida entre os filhos. O estudo de Marcondes Filho (2002) com adolescentes que tentaram suicídio mostrou que houve o uso de maconha (29,5%), cocaína (11,1%) e solventes orgânicos (14,8%). Entre as drogas lícitas, destacou-se o uso de álcool etílico (40,7%) e os cigarros de tabaco (85,2%) entre os jovens. A intoxicação exógena é o método mais apontado pelos autores nos estudos de tentativa de suicídio. O método apontado por Bernardo (2010) reforça a discussão do uso de drogas na tentativa de suicídio, uma vez que muitos autores apontam como acidental a morte por ingestão de substâncias. No mesmo sentido, McClure (2001) traça historicamente como a cultura influenciou no comportamento suicida dos jovens ao longo dos anos, enfatizando o consumo de álcool e drogas como fator de risco para o suicídio entre jovens. Destaca a importância de programas antidrogas para a redução dos casos de jovens vítimas de suicídio.

O sedentarismo é trazido apenas por Souza (2010), que em seu estudo populacional sobre ideação suicida com 960 adolescentes na cidade de Pelotas, aponta que 71% não praticavam atividade física entre os que tinham ideação suicida. Cabe ressaltar que o estudo de Souza (2010) foi realizado em uma escola de jovens enquanto a maioria das pesquisas é rea-

lizada em hospitais, emergências ou mesmo em unidades psiquiátricas. Outro estudioso, Taliaferro (2010), também afirma que a participação dos adolescentes em atividades esportivas é um fator importante contra a depressão e a ideação suicida. O estudo de Basiss (2009) indica que esportes possibilitam um aumento da autoestima e do apoio social, assim como também elevam os níveis de endorfina e melhoram a imagem corporal.

Na pesquisa de Souza (2010), observa-se a associação entre a ideação suicida e a tentativa de suicídio quando o adolescente porta revólver, faca ou canivete, e se envolve em brigas com contato físico no último ano. Quanto às agressões físicas, o estudo de Bracalhone (2003) apresenta os prejuízos da violência intrafamiliar no desenvolvimento do adolescente e a indica como fator de risco para a ideação suicida.

O trabalho de Skinner (2012) foi o único que apresentou a questão do *bullying* e dos sites pró-suicídio como um fator de risco para o suicídio entre jovens.

Fatores de proteção à ideação e tentativa de suicídio

Com relação à religião, a literatura apresenta que os indivíduos com filiação religiosa eram menos propensos a ter um histórico de tentativas de suicídio, apontando como efeito protetor. Em estudo realizado em uma amostra clínica de pacientes deprimidos, a religião possivelmente forneceu uma força positiva que neutralizou a ideação suicida na depressão, na desesperança e em eventos estressantes (JOE, ROMER e JAMIESON, 2007).

Em relação aos laços familiares e às redes sociais, Wilcox (2010) reforça que os laços sociais entre amigos são mais im-

pactantes para os adolescentes que os laços familiares, uma vez que muitos adolescentes preferem o reconhecimento e trocas afetivas com colegas do que com a própria família, pois muitas vezes se sentem reprimidos. Apesar disso, a participação da família é um dos pontos mais importantes apresentados pelos autores para o diagnóstico precoce e para o tratamento dos indivíduos que tentaram suicídio (KAASHIMA, 2012; BURNS, 2008; PACHECO, 2010; ABASSE, 2009; VERAS, 2011).

Prevenção do suicídio em adolescentes

Analisando-se as questões da prevenção do suicídio nos artigos pesquisados, apenas McClure (2001) e Souza (2002) enfatizam como urgente a prevenção do suicídio por adolescentes. Defendem a necessidade de restringir a disponibilidade de substâncias lícitas e ilícitas e o acesso a meios letais. Além disso, os autores propõem educação para a saúde e um trabalho efetivo sobre o suicídio a jovens, a partir de programas e políticas públicas de prevenção em saúde.

Na pesquisa de Burns (2010), acompanhou-se por seis anos os adolescentes que tentaram suicídio, conseguindo capturar dados novos e importantes para a construção de um método terapêutico eficiente. O estudo evidenciou que os adolescentes com **transtorno disruptivo** ou que faziam uso de álcool e maconha aderiam menos à psicoterapia individual. Já os adolescentes com transtornos afetivos ou transtornos ansiosos tinham respostas menos efetivas e menos compatíveis a intervenções psicofarmacológicas (6 meses pós-tentativa). O apoio dos pais ao tratamento foi o fator que mais se relacionou à adesão ao tratamento pelos adolescentes e a adesão ao tratamento foi preditivo de não tentar suicídio no futuro (BURNS, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar na análise das produções científicas, que envolveram estudos realizados em quase todos os continentes, que a questão do suicídio na adolescência vem mobilizando as mais diversas culturas. Contudo, ainda são poucos os estudos que buscaram investigar o tema, visto que o problema vem aumentando com frequência. Ademais, sabe-se que é premente a questão da subnotificação em alguns países, o que pode obscurecer o cenário real do fenômeno que parece ainda mais problemático do que os dados apresentam. Certamente, a questão da subnotificação não é exclusiva de outros países, sendo realidade também no Brasil.

A literatura apontou importantes fatores de risco e de proteção ao suicídio, como a questão da qualidade dos relacionamentos familiares, o abuso de substâncias lícitas e ilícitas, a existência de transtornos mentais (depressão, por exemplo), entre outros. Contudo, percebe-se ainda a necessidade de estudos mais pormenorizados que investiguem a relação entre ideação, tentativa e suicídio com orientação sexual (apenas um estudo abordou o tema), vivência de *bullying* (apenas um estudo), transtornos mentais negligenciados, doenças crônicas ou graves, maus tratos infantis e abuso sexual.

Percebeu-se também como necessário que estudos futuros sobre suicídio na adolescência empreguem: a) métodos de investigação mais cautelosos quanto aos instrumentos utilizados (esses devem ter evidências psicométricas); b) métodos similares entre os estudos, de modo a permitir comparações entre resultados de investigações em diferentes locais (cidades, estados, países), que envolveram diferentes faixas etárias, características étnicas e socioeconômicas de seus participantes; e c) métodos amplos, que envolvam múltiplos informantes,

métodos quantitativos e qualitativos. Adicionalmente, é muito importante mais estudos sobre estratégias preventivas do suicídio na adolescência.

Nesta revisão de literatura, foi possível condensar informações sobre suicídio na adolescência que podem auxiliar os profissionais de saúde a terem um conhecimento mínimo sobre o tema e auxiliar os pesquisadores acerca de indicar lacunas quanto ao tema que necessitam ser alvo de investigações.

Países que enfrentaram com prevenção e promoção de saúde a questão do suicídio ou seus fatores de risco tiveram bons resultados, como os EUA, mostrando que, embora o suicídio na adolescência não seja apenas uma questão de saúde, pode em muitos casos ser impedido, a partir de um trabalho especializado e informação à comunidade.

REFERÊNCIAS

ABASSE, M. L. F. . R. C. D. O. . T. C. S. . E. R. D. S. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 407-416, 2009.

ALAIMO, C. M. O. A. E. A. F. Family Food Insufficiency, but Not Low Family Income, Is Positively Associated with Dysthymia and Suicide Symptoms in Adolescents. **American Society for Nutritional Sciences**, outubro 2002.

BABISS LA, G. J. Sports participation as a protective factor against depression and suicidal ideation in adolescents as mediated by self-esteem and social support. **J Dev Behav Pediatr**, outubro 2009. 376-84.

BELLA, M. E. *et al.*. Analysis of mortality from suicide in children, adolescents and youth. Argentina, 2005-2007. **Arch Argent Pediatr**, v. 111, n. 1, p. 16-21, 2013.

BERNARDO PACHECO P., P. L. C. A. I. C. S. Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otra causa psiquiátrica. **Rev Med Chile**, v. 138, p. 160-167, 2010.

BERTOLOTE, J. L. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. En: Preventing Suicide: a resource series., Ginebra, 2001.

BOTEGA, N.J. Comportamento suicida. **Psicologia USP**, v.25, n. 3, São Paulo sept/dec 2014.

BRANCALHONE, P. G. & W. L. C. A. (. Crianças expostas à violência conjugal: Uma revisão de área. In: EM M. C. MARQUEZINE, M. A. A. S. O. & E. D. O. T. (.). **O papel da família junto ao portador de necessidades especiais**. [S.l.]: [s.n.], 2003. p. 123-130.

BRANCALHONE, P. G.; FOGO, J. C.; WILLIAMS, L. C. D. A. Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, May/Aug. 2004. ISSN 0102-3772.

BURRONE, M. B. L. A. B. V. M. J. L. D. N. R. F. J. E. E. Estudio de muertes por causas violentas: un análisis de tendencia en jóvenes, Argentina, 2000–2008. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 460-5, 2012.

CDC. **Fact Sheet on Suicide: Adolescents & Young Adults**. National Adolescent Health Information Center. University of California: San Francisco. 2006.

CHMIDTKE, A. *et al.*. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. **Swiss Med Wkly**, 2004.

CLAUDIA MARÍA OBANDO MEDINA, A. H. A. G. K. Suicidal Expression in Adolescents in Nicaragua in Relation to Youth Self-. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**, Nicaraguan, v. 7, p. 89-96, 2011.

CRAIG D. BURNS, R. C. . B. M. W. Treatment Compliance in Adolescents after Attempted Suicide: A Two-Year Follow-Up Study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 48, p. 948–957, outubro 2008.

DOUGHERTY, C. W. M. D. M. M.-R. K. N. Impulsivity and Clinical Symptoms among Adolescents with Non-Suicidal Self-Injury with or without Attempted Suicide. **Psychiatry Res.**, USA, v. 169, p. 22–27, agosto 2009.

FELDMAN, C. R. B. D. M. K. Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. **Suicide Life Threat Behav.**, outubro 2010. 451-64.

FERREIRA, C.L.B; GABARRA, L.M. Pacientes em risco de suicídio: avaliação da ideação suicida eo atendimento psicológico. UNOPAR Cient., **Ciência biológica saúde**, v. 160(2), 2014.

FREITAS, C. L. V. L. C. A. G. A. Auto-extermínio por envenenamento em adolescente: avaliação crítica do quadro de intoxicação exógena por chumbinho. In: **Anais do III Fórum de Educação e Saúde da Região Centro-Oeste e Distrito Federal e Seminário Nacional sobre Educação Popular e Saúde**, Brasília, 2004.

GOLDSTEIN, T. R.; BRIDGE, J. A.; BRENT, D. A. Sleep Disturbance Preceding Completed Suicide in Adolescents. **J Consult Clin Psychol**, v. 76, p. 84, fevereiro 2008.

HILL, R. M.; CASTELLANOS, D.; PETTIT, J. W. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: a review. **Clin Psychol Ver**, 31, 2011. 33-44.

HOLLY C. WILCOX, P. A. M. A. P. K. M. C. M. K. B. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans. **J Affect Disord**, USA, v. 127, p. 287-294, 2010.

INZUNZA, C. C. E. A. Features of adolescents hospitalized for a suicide attempt in a general hospital.. **Rev Med Chi**, p. 751-62., 2012.

JOE, S.; ROMER, D.; JAMIESON, P. E. Suicide Acceptability is Related to Suicide Planning in U.S. **Suicide Life Threat Behav**, n. 32, p. 165-178, abril 2007.

KAWASHIMA, Y. *et al.*,. The characteristics of serious suicide attempters in Japanese adolescents - comparison study between adolescents and adults. **BMC Psychiatry**, v. 12, p. 191, 2012.

KOKKEVI, V. R. A. A. C. R. Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007. **Oxford University Press**, v. 21, p. 694-698, novembro 2010.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. D. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 91-103, dez. 2005. ISSN 1413-389X.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. D. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas psicol.**, 2005. 91-103.

MARCONDES FILHO, W. E. A. Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude, novembro 2002. 0.

MCCLURE, G. M. G. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. **BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY**, v. 171, p. 419-474, maio 2001.

NOCK, M. K.; BANAJI, M. R. Prediction of Suicide Ideation and Attempts Among Adolescents. **J Consult Clin Psychol**, v. 75, p. 707-715, outubro 2007.

O'CARROLL, P. W. *et al.*,. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. **Suicide Life Threat. Behav**, 1996.

O'CARROLL, P. W. *et al.*,. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. **Suicide & Life-Threatening Behavior**, v. 26, p. 237-252, 1996.

OLIVEIRA, M. I. V. D. SUICÍDIO, TENTATIVA E IDEACÃO SUICIDA: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2013.

OLIVEIRA, M. I. V. D.; FILHO, J. G. B.; FEITOSA, R. F. G. Estudo epidemiológico da mortalidade por suicídio no estado do ceará, no período 1997-2007. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 159-173, 2012. ISSN 01000233.

P. LOPES, D. P. B. & A. M. P. TENTATIVA DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: AVALIAÇÃO DO EFEITO DE GÊNERO NA DEPRESSÃO E PERSONALIDADE. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**, 2001. 47-57.

PAVEZ, N. S. J. C. P. V.-V. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. **Rev Méd Chile**, v. 137, p. 226-233, 2009.

PETER S. BEARMAN, P. A. J. M. Suicide and Friendships Among American Adolescents. **American Journal of Public Health**, v. 4, janeiro 2004.

REPPOLD, C. T. *et al.*,. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: C. S., H. (.).

Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 7-51.

ROBIN SKINNER, S. M. Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980–2008. **CMAJ**, p. 184(9), 2012.

RODRIGUES, A. M.; FISBERG, M.; CINTRA, I. P. Avaliação do estado nutricional, prevalência de sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa e percepção corporal de modelos adolescentes brasileiras. **Nutrição Brasil**, v. 4, p. 182-187, 2005.

SALVO, L.; MELIPILLÁN, R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. **Rev Chil Neuro-Psiquiat**, v. 46, p. 115-23, 2008.

SCHMIDTKE A, B.-B. U. D. L. D. K. A. B. T. C. P. E. A.. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/Euro Multi-centre Study on Parasuicide. **Acta Psychiatr Scand.** , 2004. 327-338.

SERFATY E, F. L. M. A. N. G. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. **Vértex** , 2007. 25-30.

SILENZIO, M. M. J. B. P. Sexual Orientation and for Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Adolescents and Young. **American Journal of Public Health**, novembro 2007.

SOUZA. Ideação suicida na adolescência:prevalência e fatores associados. **J Bras Psiquiatr.**, 2010. 286-292.

SOUZA, E. R. D.; MINAYO, M. C. D. S. A. M. J. V..Suicide among young people in selected Brazilian State capitals.. **Cad. Saúde Pública**, 2002. 673-683.

SOUZA, F. G. M. Diretrizes em prevenção ao Suicídio. **Debates em Psiquiatria**, n. 1, Ano 2, 2010.

SOUZA, L. D. D. M. *et al.*,. Ideação suicida na adolescência:prevalência e fatores associados. **J Bras Psiquiatr.**, 59, 2010. 286-292.

SUPRE. SUICIDE PREVENTION http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. **SUICIDE PREVENTION**, novembro 2013.

TALIAFERRO, L. A. Relationships Between Youth Sport Participation and Selected Health Risk Behaviors From 1999 to 2007. **Journal of School Health**, 2010. 399-410.

TANG., Y. Y. . Y. W. Y. D. Y. M. H. Z. P. Z. Z. L. Association between Non-Suicidal Self-Injuries and Suicide Attempts in Chinese Adolescents and College Students: A Cross-Section Study. **PLoS ONE**, v. 6, 2011.

VERAS, J. L. D. A. . C. R. T. K. Suicide attempts by exogenous intoxication among female adolescentes treated at a reference hospital in the city of Recife-PE, Brazil. **Rev Bras Enferm**, Brasilia, v. 833-8, n. 65, 2011.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência. Os jovens do Brasil. Brasília: Ed. Garamond, Unesco, Instituto Ayrton Senna, 2014.

WERLANG, V. R. B. B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, v. 11, p. 345-351, 2006.

WHO, W. H. O. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. In: _____ **WHO technical Report Series, n. 854**. Geneva: [s.n.], 1995.

WISQARS C.D.C. **Leading Causes of Death Reports, National and Regional, 1999-2010**. [S.l.].

YOSHITAKA KAWASHIMA, T. I. R. N. T. S. A. Y. O. The characteristics of serious suicide attempters in Japanese adolescents- comparison study between adolescents and adults. **BMC Psychiatry**, v. 12, p. 191, 2012.

CAPÍTULO 3

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES: ANÁLISE A PARTIR DA PESQUISA NACIONAL DA SAÚDE ESCOLAR

Juliana Guimarães e Silva
July Grassiely de Oliveira Branco
Antonio Dean Barbosa Marques
Poliana Hilário Magalhães
Rochelle da Costa Cavalcante
Francisca Bertília Chaves Costa

Distribuição Proibida
EdUECE

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas configura-se como um grave problema de saúde pública (PULCHEIRO *et al.*, 2010). Neste contexto, ao ajustarmos o foco ao público adolescente, podemos pensar: mas o que incentiva os jovens escolares a usarem drogas? Apesar desta pergunta ter possivelmente inúmeras respostas, estudos nos mostram que de uma forma geral a adolescência é a fase mais vulnerável às ações de drogas, devido a processos fisiológicos decorrentes da idade (PASUCHA; OLIVEIRA, 2014). Outro ponto nevrálgico que merece destaque trata-se da necessidade de os adolescentes se sentirem aceitos por seus pares, assim nesta fase eles são facilmente influenciados pelo grupo de amigos, o que pode favorecer o início do uso de substâncias (GROSS *et al.*, 2014).

Diante desse cenário, em diferentes partes do mundo, esforços para o controle do uso/abuso de substâncias psicoativas têm sido implementados. Na Suécia, a restrição às drogas desenvolveu-se a partir de cuidado social. Ampliou-se a própria cultura, durante um momento histórico do século XIX, que adotou uma política repressiva, tendo como base a limitação de disponibilidade de bebidas alcoólicas e foi influenciado, posteriormente, por políticas sociais e legais. Esse controle ocorre em parte através de leis e está relacionado à sua aplicação, na prática (LARANJEIRA, 2010). Contudo, a política de saúde, de segurança social, de maneiras de controle das irregularidades sociais e dos aparatos judiciários são todos intimamente conectados ao princípio de controle.

A discussão em torno da legalização do uso dessas substâncias se justifica por três principais razões: (1) os direitos humanos, porque o indivíduo tem o direito e deve ser capaz de tomar decisões referentes à sua própria vida; (2) a violência, que diminuiria, assim como ocorreu com a Holanda e Portugal; (3) e a advertência do acesso às drogas por parte dos adolescentes, pois o comércio seria regulamentado pelo governo, que vetaria sua venda para menores de 18 anos (PEREIRA, 2013).

No Brasil, corremos o risco de que o debate sobre a legalização disfarce as reais questões que devem pautar uma política baseada em exemplos e experiências eficazes. Para Queiroz (2001), a imponderação é ficar num debate ideológico desprovido a favor ou contra, com idolatria e pouco conhecimento, como é o caso do debate ideológico sobre drogas injetáveis e a infecção pelo HIV. Será que estamos preparados para essa revolução sobre a legalização das substâncias? A resposta obviamente é não.

Em 2005, a Política Nacional sobre Drogas (Pnad), constituída a partir do realinhamento da Política Nacional Antidrogas de 2003, teve a finalidade de construir uma sociedade protegida do consumo abusivo de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas. Está baseada no princípio da responsabilidade compartilhada, concentrando esforços dos diversos segmentos sociais e governamentais para alcançar a redução da oferta e do consumo de drogas como decorrência da efetividade de suas ações (BRASIL, 2008).

Em 2012, foi divulgada, na mídia brasileira, uma campanha publicitária de prevenção ao uso do *crack* - Conversas e Independência -, que faz parte do plano de enfrentamento à droga e foi inicialmente lançada pelo Governo Federal. Os vídeos, *banners*, *spots* de rádio e peças digitais para internet integram o Programa “Crack, É Possível Vencer” (BRASIL, 2012). O uso de redes sociais também foi alvo de campanha, por ser comum ao público adolescente.

O governo investe no programa que abrange ações de prevenção, de tratamento ao usuário e de segurança para enfrentamento ao crime organizado e ao tráfico de drogas. Todas as ações fazem parte do Plano Nacional de Enfretamento ao *Crack* e outras Drogas (BRASIL, 2010). A perspectiva é de integrar diversas políticas públicas e de convocar a sociedade para se conectar em torno do desafio de resgatar usuários e dependentes, além de conscientizar a população sobre os perigos do uso das drogas. As ações de divulgação começaram no início do ano com o objetivo de mobilizar a sociedade, principalmente estudantes. O Programa contempla dois públicos prioritários: jovens e famílias (BRASIL, 2011).

Devemos considerar que a abordagem do uso de substância psicoativa está associada à discussão sobre relações fa-

miliares, escola, comunidade e amigos. Nesse sentido, o contexto familiar pode funcionar como um fator de proteção ou de risco para o comportamento de consumir drogas (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Embora consideremos que a escola e os amigos exerçam uma função de socialização primária de crianças e adolescentes ou de atitudes favoráveis em relação ao uso de drogas, estudos comprovam que pais e educadores que não proporcionam suporte, insuficiência de monitoramento, perspectivas altas e irrealistas estão entre os componentes tendenciosos a propiciar um ambiente favorável para consumo indiscriminado e dependência de substâncias nos jovens. Cabe ressaltar que, outras variáveis relacionadas à comunidade, na qual vivem os usuários, também estão associadas (RIBEIRO; DUALIBI, 2010).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo comparar as prevalências do uso de substâncias psicoativas em escolares, nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) dos anos de 2009 e 2012, realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

METODOLOGIA

Realizou-se estudo ecológico espacial e temporal tendo como unidade de análise espacial as capitais dos estados brasileiros e temporal os anos de 2009 e 2012. O estudo foi constituído por uma amostra representativa de escolares do 9º ano do ensino fundamental para as capitais dos estados brasileiros e o distrito Federal.

Para possibilitar a comparação entre 2009 e 2012, a população presente neste estudo está restrita às 26 capitais e ao

Distrito Federal, de acordo com a Pense 2009, uma vez que somente a PeNSE de 2012 abrangeu amostras das grandes regiões brasileiras.

O plano amostral da PeNSE definiu cada capital e o Distrito Federal como um estrato geográfico. A amostra de cada estrato foi alocada proporcionalmente ao número de escolas cadastradas no Censo Escolar, segundo a dependência administrativa das escolas (particular e pública). A amostra foi calculada para fornecer estimativas de prevalências de algumas características de interesse, com um erro máximo de 3% e intervalos de confiança de 95% - IC95% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE, 2009, 2012).

As variáveis abordadas neste estudo referem-se ao uso de drogas ilícitas, segundo sexo e dependência administrativa da escola de maneira geral.

Utilizamos dados secundários, disponibilizados pela PeNSE, dos anos de 2009 e 2012. Os resultados foram apresentados em tabela que trazem a distribuição percentual do uso de drogas ilícitas por escolares, nas quais também se evidenciam os limites inferiores e superiores do IC 95%.

Os dados foram digitados e armazenados no *software Microsoft Excel 2010*, em dupla digitação e validação dos mesmos. A posteriori, o banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences®* (SPSS), versão 20.0. Realizou-se o teste t de Student de uma amostra para comparar as médias gerais entre as variáveis. Considerou-se associação significativa aquela cujo modelo estimado obteve $p < 0,05$.

Apesar de os dados utilizados neste trabalho serem de domínio público, os autores asseguram o respeito à fidedignidade dos números divulgados pela PeNSE, evidenciando o compromisso ético na pesquisa.

RESULTADOS

Na edição de 2009, fizeram parte da amostra 1.507 escolas com total de 27 municípios (capitais brasileiras e Distrito Federal). A proporção de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fizeram uso de drogas ilícitas alguma vez foi de 8,7% (IC_{95%} 8,3-9,1). Apresentando uma comparação por sexo, o feminino foi 6,9% (IC_{95%} 6,4-7,4), com média de $6,6 \pm 1,7$ ($p=0,000$), e o masculino foi de 10,6% (IC_{95%} 10,0-11,3), com média de $10,3 \pm 2,2$, ($p=0,000$). Quanto à dependência administrativa da escola, a média geral foi 7,6% (IC_{95%} 6,9-8,3), com média $7,5 \pm 1,8$ ($p=0,000$) para a privada, e média geral de 9,0 (IC_{95%} 8,5-9,5), com média $8,6 \pm 2,1$ ($p=0,000$) para a pública, conforme podemos visualizar na tabela 1. Esses dados revelam associação significativa. Tal aumento pode ter ocorrido por diversos motivos, inclusive pelo número de adolescentes presentes no momento da pesquisa, conforme se observa nas Tabelas 1 e 2.

Já na edição de 2012, compuseram a amostra 3.000 escolas com o total de 312 municípios. A proporção de escolares do 9º ano do ensino fundamental que fizeram uso de drogas ilícitas alguma vez foi de 7,3% (IC_{95%} 5,3-9,4); no estrato sexo, o feminino foi 8,3% (IC_{95%} 6,2-10,3), com média de $10,2 \pm 2,7$ ($p=0,000$), e sexo masculino foi de 6,4% (IC_{95%} 4,4-8,5), com média de $8,5 \pm 3,4$ ($p=0,000$). Quanto à dependência administrativa da escola, a média geral foi 6,5% (IC_{95%} 4,8-8,1), com média $7,0 \pm 2,6$ ($p=0,000$) para a privada, e média geral de 7,5 (IC_{95%} 5,4-9,6), com média $10,1 \pm 3,3$ ($p=0,000$), para a pública, conforme ilustração da tabela 3. Esses dados revelam associação significativa.

Tabela 1 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que usaram drogas ilícitas alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo os municípios das capitais e Distrito Federal - 2009.

Municípios das capitais e Distrito Federal	Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que usaram drogas ilícitas alguma vez (%)														
	Total						Sexo				Dependência administrativa da escola				
	Intervalo de confiança de 95%			Intervalo de confiança de 95%			Feminino		Masculino		Privada		Pública		
	Total	Limite inferior	Limite superior	Total	Limite inferior	Limite superior	Total	Limite inferior	Limite superior	Total	Limite inferior	Limite superior	Total	Limite inferior	Limite superior
Total	8,7	8,3	9,1	6,9	6,4	7,4	10,6	10,0	11,3	7,6	6,9	8,3	9,0	8,5	9,5
Porto Velho	7,8	6,5	9,0	5,4	4,0	6,8	10,8	8,7	13,0	8,2	5,0	11,3	7,7	6,4	9,0
Rio Branco	6,9	5,7	8,1	7,5	5,8	9,2	6,2	4,5	7,9	6,8	3,7	9,9	6,9	5,6	8,2
Manaus	7,5	6,1	8,8	5,6	3,9	7,2	9,5	7,3	11,8	7,1	3,3	10,9	7,5	6,0	9,0
Boa Vista	9,7	8,3	11,1	6,9	5,2	8,5	12,8	10,5	15,2	11,6	6,5	16,7	9,6	8,1	11,1
Belém	5,8	4,7	6,9	4,7	3,4	6,0	7,0	5,3	8,8	6,1	4,0	8,2	5,7	4,4	6,9
Macapá	5,3	4,3	6,2	4,0	2,9	5,1	6,8	5,3	8,4	5,5	1,7	9,3	5,3	4,3	6,2
Palmas	6,3	5,1	7,6	4,5	3,0	5,9	8,5	6,4	10,6	8,5	4,7	12,2	6,0	4,7	7,3
São Luís	9,3	8,1	10,5	7,8	6,3	9,2	11,2	9,3	13,0	8,7	6,4	11,0	9,5	8,1	10,8
Teresina	8,2	7,0	9,3	5,9	4,6	7,3	10,7	8,8	12,7	6,9	5,0	8,8	8,8	7,4	10,3
Fortaleza	7,0	5,8	8,3	3,9	2,5	5,3	10,6	8,5	12,7	4,6	3,1	6,1	8,0	6,4	9,7
Natal	10,3	9,0	11,6	8,4	6,8	10,0	12,4	10,4	14,5	9,6	7,5	11,7	10,7	9,0	12,3
João Pessoa	10,3	8,9	11,8	7,1	5,5	8,7	14,1	11,7	16,5	7,7	4,9	10,5	11,0	9,4	12,6
Recife	11,0	9,7	12,3	8,1	6,6	9,7	14,3	12,1	16,5	8,9	6,8	10,9	11,8	10,1	13,4
Marcéio	6,6	5,4	7,8	5,7	4,3	7,1	7,8	5,7	10,0	7,7	5,6	9,9	6,2	4,7	7,7
Aracaju	8,0	6,8	9,2	7,1	5,5	8,7	9,2	7,4	11,0	7,4	5,6	9,1	8,4	6,8	9,9
Salvador	6,3	5,2	7,4	4,4	3,2	5,7	8,8	6,9	10,7	9,5	6,4	12,7	5,7	4,6	6,9
Belo Horizonte	10,8	9,5	12,0	9,0	7,5	10,6	12,7	10,7	14,6	9,6	7,1	12,1	11,0	9,6	12,4
Vitória	8,2	6,9	9,4	5,7	4,3	7,2	10,8	8,8	12,8	5,6	3,7	7,5	9,8	8,2	11,4
Rio de Janeiro	6,7	5,7	7,6	5,7	4,5	6,9	7,8	6,3	9,3	6,8	4,9	8,7	6,6	5,5	7,7
São Paulo	9,7	8,6	10,9	8,0	6,5	9,5	11,5	9,7	13,3	8,3	5,8	10,7	10,0	8,7	11,4
Curitiba	13,2	11,7	14,6	12,1	10,2	14,0	14,3	12,2	16,5	7,3	4,7	9,9	14,4	12,7	16,0
Florianópolis	9,5	8,2	10,8	7,4	5,8	9,0	11,7	9,7	13,7	3,5	1,9	5,1	11,3	9,7	13,0
Porto Alegre	7,5	6,1	8,9	6,1	4,4	7,9	8,9	6,8	11,1	5,5	3,2	7,7	8,2	6,5	10,0
Campo Grande	7,7	6,5	8,9	6,6	5,1	8,2	8,9	7,1	10,7	7,5	4,6	10,5	7,7	6,4	9,0
Curitiba	8,2	6,8	9,5	6,6	4,9	8,4	9,9	7,8	12,0	7,4	4,6	10,3	8,3	6,8	9,8
Goiana	8,2	7,1	9,2	6,1	4,8	7,4	10,3	8,6	12,0	6,2	4,6	7,9	9,0	7,7	10,4
Distrito Federal	9,8	8,7	10,9	7,9	6,6	9,3	12,1	10,3	14,0	10,8	8,5	13,1	9,5	8,2	10,8

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2009, p. 173

Tabela 2 - Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que usaram drogas ilícitas alguma vez, por sexo e dependência administrativa da escola, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões, os Municípios das Capitais e o Distrito Federal - 2012.

Municípios das capitais e Distrito Federal	Percentual de escolares frequentando o 9º ano de ensino fundamental que usaram drogas ilícitas alguma vez (%)														
	Total			Feminino			Masculino			Dependência administrativa da escola					
	Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%		Total	Intervalo de confiança de 95%				
Limite inferior		Limite superior	Limite inferior		Limite superior	Limite inferior		Limite superior	Limite inferior		Limite superior				
Brasil	7,3	5,3	9,4	8,3	6,2	10,3	6,4	4,4	8,5	6,5	4,8	8,1	7,5	5,4	9,6
Total dos Municípios das capitais	9,9	9,3	10,6	10,7	9,9	11,4	9,2	8,4	10,0	7,8	7,0	8,6	10,6	9,8	11,5
Norte	5,4	5,1	5,6	6,4	5,9	7,0	4,5	4,2	4,8	4,6	3,2	5,9	5,4	5,1	5,8
Porto Velho	9,8	8,0	11,6	13,0	10,6	15,4	7,0	5,1	8,9	11,9	6,5	17,4	9,4	7,6	11,3
Rio Branco	6,3	4,7	8,0	7,2	4,9	9,4	5,7	3,8	7,5	1,9	0,3	3,4	7,0	5,2	8,8
Manaus	9,0	7,2	10,9	11,5	8,6	14,4	6,8	4,9	8,7	4,1	-	8,3	9,7	7,8	11,5
Boa Vista	11,0	8,4	13,5	13,1	9,0	17,1	8,9	6,6	11,1	5,6	1,2	9,9	11,5	8,8	14,2
Belém	6,7	5,3	8,1	8,3	6,1	10,6	5,2	3,7	6,7	6,1	3,6	8,5	7,0	5,4	8,6
Macapá	5,7	4,6	6,7	6,7	5,0	8,5	4,7	3,6	5,9	4,4	2,9	6,0	5,9	4,7	7,0
Palmas	5,7	4,2	7,2	7,0	4,9	9,1	4,6	3,1	6,0	4,4	-	8,9	5,9	4,3	7,5
Nordeste	5,0	4,5	5,6	6,7	6,0	7,5	3,7	3,2	4,2	5,3	4,3	6,4	5,0	4,6	5,4
São Luís	7,7	6,6	8,8	7,6	6,0	9,1	7,8	6,2	9,4	4,9	2,8	7,0	8,6	7,5	9,8
Teresina	6,5	5,2	7,7	8,2	6,5	10,0	4,9	3,5	6,3	5,9	3,9	7,9	6,7	5,2	8,3
Fortaleza	7,8	6,1	9,4	9,6	7,2	12,0	6,1	4,4	7,7	5,2	3,1	9,7	7,6	6,1	11,8
Natal	8,6	7,2	10,0	9,4	7,2	11,7	7,8	6,2	9,4	4,8	3,4	6,3	10,6	8,9	12,3
João Pessoa	8,3	6,8	9,7	9,1	7,2	11,0	7,5	5,6	9,4	6,1	3,7	8,5	9,3	7,7	10,9
Recife	9,8	8,0	11,5	10,4	8,4	12,5	9,2	7,0	11,3	5,7	4,0	7,4	11,8	9,6	14,0
Macéió	9,1	6,9	11,3	10,2	7,6	12,9	8,2	5,8	10,6	8,7	5,3	12,1	9,4	6,4	12,3
Aracaju	7,4	6,2	8,6	7,6	5,9	9,4	7,2	5,8	8,5	7,0	4,8	9,2	7,6	6,3	9,0
Salvador	6,4	5,1	7,8	7,4	5,7	9,1	5,6	4,0	7,1	3,6	2,5	4,7	7,3	5,7	8,9
Sudeste	8,1	3,7	12,6	8,7	4,5	12,9	7,5	2,9	12,2	6,7	3,7	9,8	8,5	3,8	13,2
Belo Horizonte	9,9	8,4	11,5	10,7	8,7	12,6	9,2	7,1	11,3	8,9	5,9	12,9	10,3	8,7	11,8
Vitória	13,2	11,1	15,3	14,3	11,7	17,0	12,0	9,4	14,7	8,9	4,9	14,7	15,4	13,0	17,9
Rio de Janeiro	6,8	5,6	7,9	7,4	5,9	8,9	6,2	4,6	7,8	7,6	5,4	9,7	6,3	4,9	7,7

Percentual de escolas frequentando o 9º ano do ensino fundamental que usam drogas ilícitas alguma vez (%)

Municípios das capitais e Distrito Federal	Total		Feminino		Masculino		Privada		Pública						
	Intervalo de confiança de 95%		Intervalo de confiança de 95%		Intervalo de confiança de 95%		Intervalo de confiança de 95%		Intervalo de confiança de 95%						
	Limite inferior	Limite superior	Limite inferior	Limite superior	Limite inferior	Limite superior	Limite inferior	Limite superior	Limite inferior	Limite superior					
São Paulo	11,6	9,6	13,6	11,9	9,7	14,1	11,3	8,7	13,9	10,3	8,1	12,6	11,9	9,5	14,4
Sul	8,8	4,5	13,0	9,2	5,0	13,4	8,3	4,0	12,7	7,7	5,3	10,0	8,9	4,3	13,5
Curitiba	14,4	12,2	16,6	14,0	11,0	17,0	14,8	12,2	17,4	10,4	7,4	13,4	15,7	13,2	18,3
Florianópolis	17,5	14,1	21,0	16,9	14,4	19,4	18,1	11,9	24,3	12,7	8,6	16,8	19,1	15,2	23,0
Porto Alegre	12,0	9,8	14,2	10,8	8,8	13,2	13,1	10,0	16,2	9,1	5,7	12,5	13,1	10,4	15,7
Centro-Oeste	9,3	8,1	10,6	10,1	8,4	11,8	8,7	7,7	9,6	7,8	6,8	8,7	9,6	8,2	11,0
Centro-Grande	11,3	9,3	13,2	12,3	9,9	14,6	10,3	7,7	12,8	7,3	3,0	11,6	11,9	9,8	14,0
Campanha	7,0	5,8	8,3	7,4	5,4	9,5	6,7	5,0	8,3	7,0	4,6	9,4	7,0	5,6	8,5
Colômbia	9,8	8,5	11,1	10,7	9,1	12,4	8,8	6,8	10,8	7,6	5,8	9,4	10,9	9,2	12,5
Distrito Federal	14,1	12,2	16,0	14,1	11,7	16,5	14,0	11,9	16,1	9,5	7,2	11,8	15,6	13,3	17,9

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – 2012, p.172

Distribuição Prof. Dra. Eduç. F. C. E. P.

Tabela 3 - Percentual de estudantes do 9º ano do ensino fundamental que fizeram uso de drogas ilícitas alguma vez, por distribuição de sexo e dependência administrativa da escola, para os anos de 2009 e 2012.

Percentual de estudantes do 9º ano do ensino fundamental que fizeram uso de drogas ilícitas alguma vez para os anos de 2009 e 2012			
SEXO			
Masculino		Feminino	
2009	2012	2009	2012
IC ₉₅ % 10,0-11,3	IC ₉₅ % 4,4-8,5	IC ₉₅ % 6,4-7,4	IC ₉₅ % 6,4-10,3
10,6% (p=0,000)	6,4% (p=0,000)	6,9% (p=0,000)	8,3% (p=0,000)
DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA			
Escola particular		Escola pública	
2009	2012	2009	2012
IC ₉₅ % 6,9-8,3	IC ₉₅ % 4,8-8,1	IC ₉₅ % 8,5-9,5	IC ₉₅ % 5,4-9,6
7,6% (p=0,000)	6,5% (p=0,000)	9,0% (p=0,000)	7,5% (p=0,000)

Fonte: autoria própria (2016), a partir dos dados da PeNSE 2009 e 2012.

Na comparação entre as duas edições, obteve-se como média $8,3 \pm 1,8$ (p=0,000) para o ano de 2009 e média $9,3 \pm 2,9$ (p=0,000) para o ano de 2012. Evidenciando forte associação.

Quando comparado o sexo feminino, o ano de 2009 teve a média $6,6 \pm 1,7$ (p=0,000) e média $10,2 \pm 2,7$ (p=0,000) para o ano de 2012. Já com o sexo masculino, média $10,3 \pm 2,2$ (p=0,000) em 2009, e em 2012, média $8,5 \pm 3,4$ (p=0,000), revelando associação significativa em todos os dados.

No que tange à escola privada, no ano de 2009 teve média $7,5 \pm 1,8$ (p=0,000). Em 2012, média $7,0 \pm 2,6$ (p=0,000). Já a pública, no ano de 2009, apresentou média $8,6 \pm 2,1$ (p=0,000) e, em 2012, média $10,1 \pm 3,3$ (p=0,000), o que também evidencia forte associação.

No entanto, sabemos que o período da adolescência é permeado por várias dúvidas e necessidades, das quais se des-

tacam a autoafirmação e o anseio de demonstrar a maturidade, que podem emergir mediante a experimentação do uso de substâncias psicoativas (SANTOS; COSTA, 2013). E diante desse comportamento, estudos comprovaram uma associação entre um menor desempenho de aprendizagem e baixa frequência escolar com os usuários adolescentes de drogas psicoativas, além de outras variáveis que também são relevantes, como a classe social, escolaridade, vínculo com a escola e a ocorrência de reprovações escolares (ELICKER *et al.*, 2015). Dentre as regiões do país com o maior percentual de escolares que cursavam o 9º ano, em 2012, e que referiram que fizeram uso de drogas ilícitas, alguma vez, destacamos a Centro-Oeste, com 9,3%, seguido da Sul, 8,8%, Sudeste, 8,1%, Norte, 5,4%, e o Nordeste, com 5,0%. Ressaltamos que, no ano de 2009, a pesquisa em questão não disponibilizou os dados por região, sendo somente referidas as capitais, o que impossibilita tal comparação.

Evidenciamos, diante dos resultados mencionados, que o uso de drogas permeia todos as regiões do Brasil, havendo disseminação no uso de substâncias. Segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, realizado no ano de 2012, mais de 3 milhões de adultos e 478 mil adolescentes referiram terem feito uso de *cannabis sativa* (maconha), nos últimos anos no Brasil, sendo esta a droga de maior consumo (LARANJEIRA, 2012). Mas, em contrapartida, o ERICA, entre seus achados, aponta o álcool como substância psicoativa mais consumida por adolescentes. A idade para o início da experimentação do álcool é inferior a 12 anos (COUTINHO *et al.*, 2016).

Estudos epidemiológicos têm mostrado que o início de consumo de álcool, cigarro e de outras drogas ocorre predominantemente durante a adolescência (BRASIL 2015b). Esse

contraponto feito pela OMS pode levantar a hipótese de que há um maior consumo de maconha ao se considerar o grupo de drogas ilícitas.

Ao refinarmos essa mesma análise para as capitais, no ano de 2009, temos Curitiba com 13,2% (14,3% meninos e 12,1% meninas), Recife 11,0% (14,3% meninos e 8,1% meninas), Belo Horizonte 10,8% (12,7% meninos e 9,0% meninas), João Pessoa 10,3% (14,1% meninos e 7,1% meninas), Natal 10,3% (12,4% meninos e 8,4% meninas), Distrito Federal com 9,8% (12,1% meninos e 7,9% meninas), São Paulo 9,7% (11,5% meninos e 8,0% meninas).

Como também, Boa Vista 9,7% (12,8% meninos e 6,9% meninas), Florianópolis 9,5% (11,7% meninos e 7,4% meninas), São Luís 9,3% (11,2% meninos e 7,8% meninas), Teresina 8,2% (10,7% meninos e 5,9% meninas), Vitória 8,2% (10,8% meninos e 5,7% meninas), Cuiabá 8,2% (9,9% meninos e 6,6% meninas), Goiânia 8,2% (10,3% meninos e 6,1% meninas) e Aracajú 8,0% (9,2% meninos e 7,1% meninas).

Notamos, a partir dos dados referidos, uma superioridade de capitais pertencente à região Nordeste, apesar de as mesmas não apresentarem o maior percentual. No VI Levantamento Nacional sobre o consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do ensino fundamental e médio das redes Públicas e Privadas de ensino, realizado no ano de 2010, em 27 capitais brasileiras, com 50.890 alunos, evidenciou que na região 'Nordeste' houve uma oscilação entre a diminuição expressiva no consumo de solventes, anfetaminas e aumento no uso de substâncias fazendo menção a cocaína, comprovado nos anos de 2010 para 2004, ficando este aumento dentro da média nacional (CARLINI, 2010). Conforme o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, no ano de

2005, o Brasil apontou para o uso na vida de álcool em 66,8% para a região 'Nordeste' do país e 13,8% para a dependência da bebida (CARLINI *et al.*, 2006).

Já no ano de 2012, temos uma mudança nas posições, sendo Florianópolis com 17,5% (16,9% meninos e 18,1% meninas), Curitiba 14,4% (14,0% meninos e 14,8% meninas), Distrito Federal 14,1% (14,1 meninos e 14,0 meninas), Vitória 13,2% (14,3% meninos e 12% meninas), Porto Alegre 12,0% (10,8% meninos e 13,1% meninas), São Paulo 11,6% (11,9% meninos e 11,3% meninas), Campo Grande 11,3% (12,3% meninos e 10,3% meninas), Boa Vista 11,0% (13,1% meninos e 8,9% meninas), Belo Horizonte 9,9% (10,7% meninos e 9,2% meninas), e Goiânia 9,8% (10,7% meninos e 8,8% meninas), Recife 9,8% (10,4% meninos e 9,2% meninas) e Porto Velho 9,8% (13,0% meninos e 7,0% meninas).

Percebemos, mediante essa pesquisa, que as capitais, em geral, tiveram uma oscilação nos resultados, quando confrontados com os anos de 2009 e 2012. Entretanto, não podemos deixar de ressaltar o aumento expressivo tido em Florianópolis (8%). E, segundo o levantamento da PeNSE (2012) revelou-se uma realidade alarmante ao entrevistarem alunos com idade entre 13 e 15 anos na referida capital, pois 78,8% dos alunos do 9º ano relataram ter consumido álcool, ao menos uma vez na vida, e 17,5% dos jovens nessa fase escolar já usaram maconha ou *crack*.

Faz-se necessária a efetivação de políticas públicas que colaborem para o enfrentamento do uso de drogas entre escolares, devendo estas ser implantadas e implementadas sempre que possível, a fim de impactar positivamente nesses indicadores. Um exemplo de estratégia, que se pode considerar, é o Programa Saúde na Escola (PSE), já que a experimentação de substâncias psicoativas na adolescência é comum e, infe-

lizmente, os adolescentes, muitas vezes, não conseguem ver a repercussão de suas ações de hoje no seu futuro. Eles também tendem a se sentir onipotentes e imunes aos problemas que os outros vivenciam (LOPES *et al.*, 2014).

Estudos desenvolvidos nos EUA vêm evidenciar resultados eficazes na realização de intervenções na educação de crianças em idade pré-escolar (dois a cinco anos de idade) de comunidades carentes, que conseguiram reduzir o uso de maconha aos 18 anos e também o uso de outras drogas. A educação precoce respeita o desenvolvimento de cada criança, podendo evitar outros comportamentos de risco e promover a saúde mental, a inclusão social e o sucesso acadêmico. Tal estudo desenvolveu sessões diárias, com professores treinados para o aperfeiçoamento das habilidades cognitivas, sociais e de linguagem das crianças para uma melhora do bem-estar mental e emocional, bem como para ajudá-las a lidar com situações difíceis, e também oferecendo apoio às famílias sobre outras questões socioeconômicas (D'ONISE; MCDERMOTT; LYNCH, 2010).

Por intermédio do decreto n°. 6286, de dezembro de 2007, instituiu-se o PSE, firmando o compromisso da participação dos trabalhadores das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no processo de formação dos estudantes matriculados em escolas públicas, prevendo, entre outras ações, atividades que visam à prevenção do uso de drogas (BRASIL, 2007). O foco do Programa situa-se nas estratégias para intervir frente às vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e de jovens brasileiros. Assim, os desafios são superar as ações coercitivas e adotar ações que contemplem aspectos educativos, preventivos e terapêuticos (BRASIL, 2015a).

Na prevenção da droga, o ambiente escolar serve como um acesso para as medidas de promoção do conhecimento pessoal e de habilidades sociais de indivíduos para atenuar os fatores de risco individuais do uso de drogas (UNITED NATIONS, 2015).

No que se refere ao sexo entre os ‘municípios das capitais’, temos um predomínio do sexo masculino, tanto nos anos de 2009 quanto no ano de 2012. Em 2009, o percentual era de 10,6% para os meninos e 6,9% para as meninas; já no ano de 2012, a representatividade para os meninos foi de 10,7% e para as meninas foi de 9,2%, evidenciando uma pequena diferença entre os percentuais, relacionado ao uso de substâncias psicoativas.

Ao analisarmos o sexo masculino nas diferentes regiões do Brasil, temos, em 2012, a Centro-Oeste com 10,1%, seguida pela Sul com 9,2%, Sudeste, 8,7%, Nordeste, 6,7%, e Norte com 6,4%. Quanto ao sexo feminino, temos a Centro-Oeste, 8,7%, Sul, 8,3%, Sudeste, 7,5%, Norte, 4,5% e Nordeste, 3,7%.

Ao se avaliarem os sexos por capital, apesar de termos uma predominância masculina nos anos de 2009 e 2012, percebemos, no ano 2009, apesar de não haver somente uma capital, um percentual maior do sexo feminino, quando comparado ao sexo masculino (Rio Branco 6,9%, sendo 7,5 feminino e 6,2% masculino); no ano de 2012, há um aumento no número de capitais, como Florianópolis, Curitiba e Porto Alegre, nas quais o percentual de meninas, que fizeram uso alguma vez de substância psicoativa, sobrepe o masculino.

Apesar do predomínio masculino, o uso abusivo de drogas entre meninas tem um potencial avassalador sobre a usuária e sua família. Oliveira, Paiva e Valente (2007) ressaltam que há uma intensificação do consumo pelas mulheres, quando comparado aos homens. Assim, fazem-se urgentes medidas di-

recionadas para esse público, pois o uso de drogas não faz distinção entre cor, idade ou sexo. Uma característica importante, no Brasil, é que a procura por tratamento, desde o processo entre o início do uso e os primeiros sintomas de dependência, acontece mais rápido entre as mulheres, não só para álcool, mas para outras drogas também (BRASIL, 2015b). Diferente da realidade na maioria dos países no mundo, enquanto um em cada cinco usuários de drogas em tratamento é uma mulher, devido às barreiras sociais e estruturais que dificultam o acesso às intervenções terapêuticas (UNITED NATIONS, 2015).

Ao voltarmos os olhares para o sexo feminino, consideramos que os múltiplos papéis, que cada vez mais são chamadas a desempenhar, dentro e fora de suas casas na sociedade contemporânea, vêm contribuindo para o estreitamento da diferença que sempre mantiveram em relação aos homens, no tocante ao uso abusivo de substâncias psicoativas (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013). Estudos mostram que as mulheres começam a usar substâncias mais tarde do que os homens e que o uso da substância por mulheres é fortemente influenciado por parceiros íntimos que também são usuários de drogas. Embora o uso de drogas por mulheres tenha sido bastante estudado, nas duas últimas décadas, ainda há carência de dados (UNITED NATIONS, 2015).

Estudo realizado por Figueredo e Freitas (2013), que investigaram o perfil demográfico e o uso de drogas lícitas e ilícitas pelos adolescentes do ensino médio de escolas públicas e privadas, em um município no interior do Piauí, traz dentre nos seus resultados que o perfil desses estudantes, em parte, são de mulheres, com idade entre 14 e 18 anos, sem situação conjugal estável, de cor branca (autorreferida) e com renda familiar entre um e quatro salários-mínimos.

Tal estudo reforça a necessidade discutida acima de se ampliar a discussão sobre uso de substâncias psicoativas com as adolescentes. Além disso, indivíduos que iniciam precocemente o consumo dessas substâncias tendem a apresentar maiores níveis de problemas relacionados ao uso e apresentam maiores chances de desenvolver transtornos psiquiátricos (BRASIL, 2015a). É relevante desenvolver intervenções baseadas na promoção da saúde dos adolescentes usuários de substâncias psicoativas, compreendendo a dependência como uma condição crônica de saúde, assim como diabetes ou hipertensão, que requerem tratamento e cuidados sustentados em longo prazo. Reconhece-se a necessidade de investimentos contínuos e que a problemática é complexa, baseando o tratamento e enfrentamento do dependente químico nas evidências científicas (UNITED NATIONS, 2015).

No que tange à procedência escolar, o total de municípios das capitais, no ano de 2009, os alunos provenientes de escolas públicas que fizeram uso de drogas ilícitas eram de 9,0%, e na rede privada de ensino 7,6%. Já em 2012, 10,6% dos alunos eram de escolas públicas de ensino, enquanto 7,8% eram de escolas privadas. Vale assinalar que pouco mais de um terço (35%) das escolas públicas brasileiras tem tráfico de drogas nas proximidades, provenientes da violência e da precariedade que cercam os centros de ensino do país (TOKARNIA, 2013). Dessa maneira, acreditamos que essa realidade pode ser um dos fatores que facilitam o acesso de jovens de escolas públicas a substâncias psicoativas.

Apesar da dificuldade de comparação dos dados referentes à inserção dessas instituições por região do país, pelo fato de o ano de 2009 não disponibilizar tal informação, percebemos que quando se analisa a origem das escolas por região,

no ano de 2012, há um predomínio das escolas privadas nas regiões. A região Centro-Oeste se mostra com 9,6% de escolas públicas e 7,8% de escolas privadas, a Sul 8,9% de escolas públicas e 7,7% de escolas privadas, Sudeste 8,5% de escolas públicas e 6,7% de privadas, Norte 5,4% públicas para 4,6% de origem privada; e Nordeste 5,0% públicas e 5,3% privadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos dados levantados, emerge a necessidade de implementação de ações mais eficazes de prevenção e enfrentamento ao uso de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, no âmbito escolar, com a inserção na matriz curricular, bem como políticas públicas voltadas para adolescentes com práticas educativas com intuito de conscientizar acerca dos malefícios do uso de drogas. Observa-se que as problemáticas surgidas com o consumo de substâncias psicoativas estão intrinsecamente relacionadas a uma dinâmica social e cultural, agravadas por situações de vulnerabilidade social aprofundada pelas desigualdades e exclusão, desagregação cultural, desemprego, estresse, difícil acesso ao transporte, saúde, educação e habitação.

Independentemente dos motivos que levaram a consumo de substâncias psicoativas por parte desses adolescentes, percebemos a urgência de se trazer para o ambiente escolar mais oportunidades de discussões sobre o uso de drogas, e que estas conversas abordem o uso e o abuso dessas substâncias, mostrando os efeitos e as consequências de seu consumo, e não somente a punição que se dá ao uso.

Vale ressaltar que os condutores dos debates devem ter em mente que mais que o uso, o abuso de substâncias deve

ser considerado, uma vez que não há sociedade sem drogas e que é necessário criar uma outra forma de convivência com o usuário, predominantemente pautada na redução de danos e menos repressão. Esta estratégia visa ampliar os ambientes que se discutam tal assunto de forma qualificada, tendo como principais apoiadores não só os professores e funcionários do próprio ambiente escolar, mas também trabalhadores da saúde, segurança pública, dentre outros.

A PeNSE é uma pesquisa com escolares para refletirmos acerca da realidade brasileira, considerada de grande amplitude, tanto em relação à amostra, quanto aos temas pesquisados. Entretanto, destaca-se como limitação a não disponibilização dos dados no ano de 2009, por região, pela PeNSE e por abranger apenas alunos matriculados no 9º ano do ensino fundamental.

Esperamos que este estudo possa contribuir para a reflexão e a discussão de políticas públicas sobre o uso de drogas entre os adolescentes, com ênfase na prevenção e na redução do consumo e danos à saúde, de modo a reforçar as estratégias do Programa Saúde na Escola como instrumento de efetivação política.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução no 3/Gsipr/Ch/Conad, de 27 de outubro de 2005**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. 24 abr. 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/kGQBdn>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

_____. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário da União**. Brasília, 6 dez. 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/yl6ftp>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. **Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**. Módulo 3. – 8. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015a. 49 p. – (SUPERA: Sistema para deteção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 8. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).

_____. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**. Módulo 1. – 8. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015b. 97 p. – (SUPERA: Sistema para deteção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 8. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni). Disponível em: <<https://goo.gl/Bu0wiH>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

_____. Decreto n. 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm. Acesso em: 17 abr. 2016.

Carlini, E. A. (supervisão) [et. al.]. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicodélicas. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010**. -- São Paulo: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p. Disponível em: <<http://goo.gl/HLMtZw>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

Carlini, E. A. (supervisão) [et. al.], **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. - São Paulo: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2006. 445 p. Disponível em: <<http://goo.gl/nA9QbT>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

COUTINHO, Evandro Silva Freire et al. ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 8s-, fev. 2016. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/114201/112120>>. Acesso em: 02 mar. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006684>.

D'ONISE, K.; MCDERMOTT, R. A.; LYNCH, J.W. Does attendance at preschool affect adult health? A systematic review. **Public Health**, v. 124, n. 11, p. 500-511, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/1I96ar>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

ELICKER, Eliane *et al.* Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 24, n. 3, p. 399-410, 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/BRhBa3>>. Acesso em: 30 abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300006>

FIGUEIREDO, Thalita de Castro; FREITAS, Rivelilson Mendes de. Perfil sociodemográfico e uso de drogas lícitas e ilícitas entre estudantes do ensino médio. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 3-10, abr. 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/bgVCL6>>. Acesso: em 28 abr. 2016.

GROSS, Cornelius *et al.* A Retrospective Analysis of Psychosocial Risk Factors Modulating Adolescent Alcohol Binge Drinking. **European Addiction Research**, v. 20, n. 6, p. 285-292, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/1bFutZ>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/ncEwmf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/gAJBoi>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012**. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [*et al.*], São Paulo: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2014. 85 p. Disponível em: <<http://goo.gl/G6rmL6>>. Acesso em 10 jun 2016.

LARANJEIRA, Ronaldo. Legalização de drogas e a saúde pública. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 621-631, mai. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/mnfOJ2>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

LOPES, Gertrudes Teixeira *et al.* Percepções de adolescentes sobre uso/ dependência de drogas: o teatro como estratégia pedagógica. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 202-208, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/UII1iQ>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-670, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/CIYcl0>>. Acesso em: 10 mai 2016.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos; VALENTE, Camilla Motta Leal. The interference of the care context with the visibility of the drug consumption by women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 247-252, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/rUoLXN>>. Acesso em: 29 set. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report: alcohol and young people. Geneva: 2001.

PASUCH, Clamarta; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Levantamento sobre o uso de drogas por estudantes do ensino médio: Uma revisão sistemática. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 183-195, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/NH6qZR>>. Acesso em: 24 mai. 2016.

PEREIRA, Luma Costa et al. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 365-374, Aug. 2013.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 2-15, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/678s6m>>. Acesso em: 24 mai. 2016.

RIBEIRO, M arcelo; DUAILIBI, Lígia. Avaliação de fatores de proteção e de risco. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 175-186.

SANTOS, Marailza de Brito; COSTA, Carmem Lúcia N. do Amaral. O uso de drogas na adolescência. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais**. Aracaju, v. 1, n.17 p. 143-150, out. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/ELj0iu>>. Acesso em: 26 mai. 2016.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de droga na adolescência. **Ciência & Saúde Co-**

letiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/ay1YsY>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

TOKARNIA, Mariana. Distrito Federal tem a maior incidência de tráfico de drogas próximo às escolas públicas. **Agência Brasil**. 2013. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-02-05/distrito-federal-tem-maior-incidencia-de-trafico-de-drogas-proximo-escolas-publicas> Acesso em: 10 fev 2016.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2015**. United Nations: New York, 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/5I2NgG>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

PULCHEIRO G, Stolf AR, PETTENON M, FENTERSEIFER DP, KESSLER F. Crack. Da pedra ao tratamento. **Revista da AMRIGS** 2010; n. 54 v.3, p. 337-343.

Distribuição Proibida
EdUECE

CAPÍTULO 4

MOTIVAÇÕES E RELEVÂNCIA DAS COMUNIDADES NO FACEBOOK RELACIONADAS AOS TRANSTORNOS MENTAIS E ÀS DROGAS

Poliana Hilário Magalhães
July Grassiely de Oliveira Branco
Jarbas Ribeiro de Oliveira
Paula Caroline Rodrigues de Castro
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Distribuição Proibida
EdUECE

INTRODUÇÃO

A globalização originou uma inovação na sociedade com múltiplas denominações na literatura, como seja a de sociedade de informação, a de sociedade de aprendizagem, a de sociedade do conhecimento ou a de sociedade em rede, em que o protagonismo é o reconhecimento do papel das tecnologias da informação e da comunicação na reconfiguração dos processos educativos (MONTEIRO; MOREIRA, 2012).

De modo recente, surgem trabalhos que procuram identificar e explorar o potencial informativo de redes sociais, como o Facebook, que referem, por exemplo, que esta rede pode potencializar a comunicação e a partilha de conhecimento, e pode permitir o desenvolvimento de capacidades e estratégias de aprendizagem mais dinâmicas e interativas, abertas e criativas, possibilitando uma maior participação dos intervenientes,

um melhor aproveitamento dos recursos e mais mobilidade de informação e conhecimento.

Para Franco (2012), redes sociais são definidas como “um processo de socialização, algum tipo de interação coletiva e social, presencial ou virtual, que pressupõe a partilha de informações, conhecimentos, desejos e interesses”.

A humanidade inventa significado interagindo com seu ambiente natural e social, conectando suas redes neurais, com as redes da natureza e com as redes sociais (Castells, 2013). A constituição de redes é operada pelo ato da comunicação, no qual esta é o processo de compartilhar significado pela troca de informações.

A comunicação em massa baseia-se em redes horizontais de comunicação interativa que, geralmente, são difíceis de controlar por parte de administrações ou empresas. Além disso, a comunicação digital é multimodal, esclarece Ferreira (2015), e permite a citação constante a um hipertexto global de informações, cujos subsídios podem ser remixados pelo ator comunicativo, segundo projetos de comunicação particulares.

As redes de relacionamento permitem aos seus usuários publicarem textos, fotos ou vídeos e compartilhá-los com a sua rede online de amigos, desde que se entenda que “amigos”, no caso discutido, constituam contatos que podem ser estabelecidos com pessoas que, eventualmente, nunca tenham se visto presencialmente e, em algumas circunstâncias, com pessoas de nacionalidades distintas.

Esse tipo de mídia social, se usado desonestamente, pode desfazer limites entre as esferas pessoal e profissional, ocasionando vergonha e aborrecimento (Devi, 2011). No caso específico de psicólogos clínicos e psicoterapeutas, pode favorecer situações que impliquem em cruzamentos e violações de fronteiras profissionais (GABBARD, 2005; SANTEIRO; ROCHA, 2015).

A respeito dessas características, o Facebook é uma das mídias sociais mais utilizadas no mundo quando se consideram interações mediadas pela internet. “Esta interação surge essencialmente pelos comentários em perfis, pela participação em grupos de discussão ou mesmo pelo uso de aplicações e jogos. É um espaço de encontro, partilha, discussão de ideias” (PATRÍCIO; GONÇALVES, 2010).

Assim, torna-se necessário conferir o que sites sociais publicam sobre saúde mental e drogas. Nesse cenário, o Facebook é uma ferramenta conveniente e merecedora de atenção, de reflexão e de investigação acadêmicas.

As buscas de informação sobre esse assunto têm indicado que, em especial no País, estudos empíricos sobre mídias sociais, focados na saúde mental, não têm sido observados (SANTEIRO; ROCHA, 2015).

Nesse sentido, o estudo pretende descrever o estado atual de publicações produzidas em interface com a literatura do filósofo francês Michel Foucault. Assim sendo, neste estudo, objetiva-se descrever comunidades e páginas do Facebook, que publicam assuntos sobre saúde mental e drogas em suas postagens.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo (Andrade, 2007), de caráter documental, realizado por meio de análise de enunciação midiáticas, no site do Facebook, divulgadas em 2015. A coleta de dados sucedeu através de publicações na página inicial, denominada de Linha do Tempo.

A escolha desta rede social ocorreu pelo amplo acesso mundial, com veiculação diária, além da facilidade de acesso. As comunidades contempladas que abordavam o tema (drogas, transtornos mentais e saúde mental) foram selecionadas de acordo com a opção de busca simples na lupa do site com as palavras: drogas, saúde mental e transtornos mentais. Os principais resultados e comunidades mais curtidas foram selecionados, totalizando 10 páginas, as quais foram organizadas (quadro 1) para melhor análise.

A etapa de imersão para a coleta de dados aconteceu durante o mês de março de 2016, e para organizar os dados das publicações, este estudo realizou a análise de conteúdo de Bardin (2011): a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Dessa forma, os resultados apresentados foram descritos de acordo com as postagens mais relevantes, com maiores curtidas e comentários. A discussão ocorreu através da literatura e sobre o tema em pauta.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca simples não gerou um número total de comunidades, grupos e páginas relacionadas. Quando digitada a palavra “drogas”, surge uma infinidade de redes de farmácias. As páginas que não foram vinculadas à seriedade da temática foram, posteriormente, descartadas. Quando realizada a busca por “saúde mental” e “transtornos mentais”, também foram selecionadas pela relevância, pelo número de seguidores e pela qualidade das publicações, na amostra de 10 comunidades.

Os usuários e administradores das páginas compartilham informações sobre os transtornos mentais e drogas, eventos relacionados com a temática, medicamentos e mensagens de autoajuda, campanhas, propagandas e mensagens incentivando o tratamento, periodicamente.

Os participantes ativos demonstram em comentários serem inexperientes e se referem, algumas vezes, às patologias da saúde mental como os transtornos mentais se referindo à loucura. Assim, deixam subentendidos que procuram as páginas relacionadas com o tema para sabedoria e informação pessoal e, outras vezes, percebemos escritas de profissionais da área, porém a linguagem é universal e os termos técnicos são dispensados para alcançar o entendimento do público em geral.

Quadro 1: Comunidades do Facebook que abordam as temáticas Drogas, Saúde Mental e Transtornos Mentais, 2015.

Comunidade/ Página Facebook	Instituição/ Page	Descrição
Projeto Ciência UFRJ - Informação e Prevenção Drogas	Universidade Federal do Rio de Janeiro/ https://www.ufrj.br/https://www.ufrj.br/	Projeto de extensão do Instituto de Ciências Biomédicas, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para promoção da saúde e da cidadania, focando na Prevenção ao Uso Indevido de Drogas.
Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas	Governo do Estado do Ceará/ http://spd.ce.gov.br/ http://spd.ce.gov.br/	A Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas constitui-se no Órgão Central articulador do Sistema Estadual de Políticas sobre Drogas do Estado do Ceará
Drogas, Mídia e Violência	Universidade Federal Fluminense/ http://www.ppgmidiaecotidiano.uff.br/http://www.ppgmidiaecotidiano.uff.br/	Projeto de pesquisa do PPGMC UFF sobre o discurso de guerra às drogas e políticas públicas para controle social da pobreza.

Saúde Mental	Anônimo/ http://encenasaudemental.net/ http://encenasaudemental.net/	A Saúde Mental é tema de interesse comum nas áreas do conhecimento. Esse espaço preza pelo estímulo à formação e aplicação de conhecimento sobre este tema.
Saúde Mental Brasil	ASSOCIAÇÃO SAÚDE MENTAL BRASIL/ http://www.pnap.com.br http://www.pnap.com.br	-
Saúde Mental Talks	Anônimo/ http://saudementaltalks.blogspot.pt http://saudementaltalks.blogspot.pt/	Este é um espaço de partilha de informação, eventos, notícias e artigos no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria.
Projeto Rede CAPS	Ministério da Saúde/ http://www.redecaps.org http://www.redecaps.org	O Projeto de Apoio a Rede de Atenção e Assistência à Saúde Mental Integrada - Rede c@ps - é uma ferramenta de divulgação de informações sobre Saúde Mental.
CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - Teófilo Otoni/ MG	Prefeitura de Teófilo Otoni/ http://www.teofilootoni.mg.gov.br http://www.teofilootoni.mg.gov.br/	CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas é um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), especializado em saúde mental em Teófilo Otoni/MG.
Transtorno de Personalidade Borderline	Anônimo	Página de apoio à pacientes do Transtorno de Personalidade Borderline e pessoas próximas. Não somos profissionais da área da saúde mental, não é de nossa intenção dar falsos diagnósticos ou fazer quaisquer apologias à automutilação ou consumo de medicamentos. Se você acredita que tenha TPB, por favor, procure um médico. Um diagnóstico pode levar meses, anos, e nós da página não somos aptos a isso.
Bipolar e Transtornos do Humor	Grupo de Apoio bipolar-GabRio http://www.bipolaremfoco.com.br/ http://www.bipolaremfoco.com.br/ http://www.bipolaremfoco.com.br/	O objetivo da página é divulgar as atividades do Centro de Estudos, eventos, notícias e curiosidades relacionados aos transtornos do humor.

O Quadro 1 exhibe a nomenclatura, a instituição e a descrição das comunidades, que através da visita online, do último ano (2015) de postagens, observamos ligações dos transtornos mentais com a nomenclatura “loucura” por pessoas que curtem e acompanham a página, bem como informações relevantes e instituições que compartilham saberes e eventos.

As mudanças das funções cognitivas geradas pelo ciberespaço favorecem a emergência de novas competências para encontrar e utilizar a informação e ao mesmo tempo transformá-la em conhecimento. Aqui a figura do administrador assume outra postura, regressada para incentivar os usuários a desenvolverem uma inteligência coletiva, construída colaborativamente. Neste contexto, escolas, universidades e até mesmo a atenção à saúde devem contribuir ao legitimar novas formas de reconhecer os saberes adquiridos na vida social, já que eles, do mesmo modo, aprendem fora desse ambiente (LÉVY, 2010).

A amostra de dados apresenta os resultados sobre o papel da rede social, no processo de construção colaborativa do conhecimento, através do conteúdo publicado para os seguidores.

Falar sobre transtornos ou saúde mental, bem como do uso controlado, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas, nos remete, necessariamente, à forma como a coletividade percebe e intervém nessas “condições” ao longo do tempo, e nos remete também a pensar no termo *Loucura*, que pode até ser considerada como sinônimo de transtorno mental em algumas situações ou por algumas pessoas, sejam elas profissionais da área da saúde ou não.

Michel Foucault, na sua obra *A história da loucura*, nos apresenta as várias concepções de loucura em diferentes momentos históricos. Dessa forma, segundo o autor, os povos primitivos encaravam a loucura como sendo uma possessão

demoníaca. Já na Antiguidade, a loucura era vista como oriunda das causas naturais, sendo para Hipócrates uma desordem no organismo causada pelo desequilíbrio dos humores, enquanto que, para o filósofo Platão, a loucura era percebida de maneira positiva, se relacionando com sabedoria, contato com os deuses, adivinhações, por exemplo. Antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença (FOUCAULT, 1978).

Na Idade Média, a loucura volta a ser vista com “maus olhos”, de forma negativa, sendo relacionada com bruxaria e possessões, cujo destino seria a inquisição (queimados na fogueira ou embarcados na Nau dos loucos).

Foucault (1978), ao falar acerca das experiências da loucura, discorre que:

A partir da criação do Hospital Geral, da abertura (na Alemanha e na Inglaterra) das primeiras casas de correção e até o fim do século XVIII, a era clássica interna. Interna os devassos, os pais dissipadores, os filhos pródigos, os blasfemadores, os homens que “procuram se desfazer”, os libertinos. E traça, através dessas aproximações e dessas estranhas cumplicidades, o perfil de sua experiência própria do desatino (FOUCAULT, 1978, p.124).

A partir do período renascentista, há a criação de hospícios; nesta época, Phillipe Pinel realizou a “libertação” dos loucos da condição de animais, visto que viviam nos hospícios acorrentados e presos.

Então, agora sob controle da medicina, a loucura poderia ser estudada, tratada e quem sabe até curada. Mas não foi, apenas, isso que aconteceu nos tempos posteriores. A continuação dessa breve história da loucura se dar por intermédio das intenações, do uso de diversas tentativas (baseados na ciência ou não) de conceber variadas estratégias de “tratamento”, até chegar ao que dispomos hoje, com o advento, a partir da década de 1950, dos primeiros medicamentos psicotrópicos, constituindo o que vivemos atualmente o uso indiscriminado dos medicamentos psicotrópicos, que alguns estudiosos da área chamam de medicalização da psiquiatria ou medicalização da loucura.

No contexto atual, os profissionais de saúde das diferentes áreas e serviços desempenham um papel fundamental, seja na assistência direta ao indivíduo, seja na “ligação entre sujeito-família, sujeito-serviço, sujeito-comunidade” (EPSJV, 2003). E, na contemporaneidade, no uso de diversas outras ferramentas que estão ao nosso alcance, como as mídias sociais.

Amarante (2007) chama a atenção para o fato de que é importante apontar que “poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversabilidade de saberes”. Dessa forma, criar novas maneiras de conceber e intervir, superando uma visão meramente biologicista da loucura/saúde-doença mental, se constitui num grande desafio para profissionais, serviços e comunidade.

Esse “criar” novas maneiras relaciona-se com a possibilidade de os serviços abrirem efetivamente suas portas para acolher as pessoas em sofrimento psíquico, em crise, em transtorno mental e em uso, abuso ou dependência de drogas. Mas, para além de apenas “abrir suas portas”, outras es-

estratégias podem e devem ser adotadas, como o uso das novas mídias sociais (sites, blogs, redes sociais, como *facebook*, por exemplo), pois

As necessidades das pessoas, a realidade da vida das pessoas, os contextos nos quais vivem, as condições sociais, econômicas, de classe; as condições familiares dos pacientes, a história de cada um deles, suas biografias, a organização que uma sociedade ou Estado dão em resposta ao tema da loucura são todos terrenos sobre os quais é preciso construir um novo saber (ROTELLI, 2015).

A Psiquiatria, o direito penal e a criminologia surgiram de uma forma privada de poder em consonância com esse modelo, configurado enquanto produção de uma verdade sustentada por normas de conhecimento: o chamado poder-saber proferido por Foucault (1986). Com o aparecimento da tecnologia, voltada para a informação globalizada, o conhecimento quebrou barreiras de posse da ciência.

Corroborando com essa perspectiva, o trabalho de orientação e conhecimento assim desenvolvido vai muito além da divulgação de conteúdos específicos sobre as drogas, a dependência e a saúde mental. A diversidade de experiências e de visões sobre o problema, graças à participação dos diferentes profissionais ou das pessoas interessadas em querer solucioná-lo, enriquece a comunidade, pois todos têm alguma contribuição a dar, qualquer que seja o papel social desempenhado. Educadores, pais, filhos, amigos, empresários, profissionais, religiosos, todos podem e devem ser envolvidos no trabalho coletivo.

Uma forma efetiva e produtiva de colaborar com a comunidade virtual é exercer a condição de multiplicador. O multiplicador é uma pessoa que se sensibiliza com os problemas de determinado espaço, podendo ou não pertencer como administrador da comunidade e busca informar-se, fazer um curso, ou associar-se a algum grupo profissional local para colaborar com membros da comunidade. Trata-se de um verdadeiro agente social de mudança, contribuindo com seus recursos e sua disposição para promover a saúde.

O desafio fundamental de quem trabalha nessa área é enfrentar o sentimento de impotência diante de problemas de natureza social e econômica, cuja solução depende de medidas na estrutura do país, fugindo do alcance dos profissionais que estão no campo do trabalho. Nesse caso, a prática de redes sociais também oferece um relevante suporte, centrado na integração que se estabelece em torno do objetivo comum que o grupo tem. A partir desse modelo de atuação, surgem novas maneiras de encarar o problema, abrindo-se novas perspectivas, pois a crise é considerada como momento de enorme potencial para a mudança e para o surgimento de novas possibilidades.

O Facebook e suas comunidades podem ser formados por profissionais, permitindo a troca de conhecimento, possibilitando ações coletivas e integradas e evitando o afastamento e a repetição de ações. A gravidade e a complexidade da questão da droga exigem soluções criativas. A divulgação de informações em redes sociais, certamente, representa uma inovação na forma de trabalhar, pois não só coloca em questão certos modelos tradicionais de atuação como exige dos profissionais uma adaptação a novas práticas no âmbito do seu trabalho. A principal característica dessa forma de atuação é integrar pessoas de distintas formações e visões, na busca de soluções para

um mesmo problema, sobre o qual não encontrariam uma outra ocasião de refletir e de agir juntas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os temas buscaram apresentar um breve cenário sobre a produção, circulação e consumo da informação sobre saúde mental e drogas.

Entende-se que, assim como os problemas concernentes à informação sobre saúde mental necessitam serem socializados de forma a se adquirir compartilhamento e soluções para as dificuldades que são identificadas desde o âmbito da geração dos dados até a sua disseminação e comunicação por meio da mídia, os sites sociais, como o *Facebook*, relacionados com transtornos mentais e drogas, são relevantes dentro do contexto das políticas públicas, pela voz ativa entre os usuários da comunidade e por disseminar informações de responsabilidade e de credibilidade.

Este tipo de página virtual mostra ao leitor que permanecem conectados por interesse em comum, sejam por estarem na condição de portadores de transtornos mentais, dependentes de drogas, curiosos, estudantes, pesquisadores ou profissionais da saúde.

Dessa forma, analisar as chamadas novas mídias e como elas agem e interagem com o seu público de interesse e como abordam as questões acerca das drogas e transtornos mentais é de fundamental importância no contexto de disseminação de informações.

Observou-se que a troca de informação e notícias compartilhadas motivam os participantes para discussões dentro do ambiente virtual, onde estão ligados por interesse comum.

O Facebook tem sido alvo de várias experiências exploratórias no campo informativo, em especial na comunicação e na busca de informações.

Contudo, é importante compreender que a rede social Facebook não foi criada para ser utilizada como um espaço virtual de aprendizagem, embora esta e outras redes estejam sendo utilizadas como tal. E sendo assim, um dos desafios que se coloca aos profissionais da saúde é perceber como poderá utilizar pedagogicamente essa plataforma, porque é necessário, também, estar consciente de que a sua utilização pressupõe algumas imponderações, e por isso há que estabelecer antecipadamente normas e instruções de conduta, como em qualquer ambiente que disponibiliza informações, seja presencial ou online.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo Duarte. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans. Lisboa: Edições 70 da obra original publicada em 1977, 2011.
- CARVALHO, Denise W.; FREIRE, Maria Teresa; VILAR, Guilherme. Mídia e violência: um olhar sobre o Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 5, p. 435-438, may 2012.
- CASTELLS, Manuel. **Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2013. 271 p.
- EPSJV - ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). **Textos de Apoio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- FERREIRA, Carolina Branco de Castro. Feminismos web: linhas de ação e maneiras de atuação no debate feminista contemporâneo. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 44, p. 199-228, June 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FRANCO, I. Redes sociais e a EAD. In Fredric, M. e Formiga, M. (Orgs.). Educação a Distância: o estado da arte. São Paulo: **Pearson**, 2012.

GABBARD, G. O. (2005). Violações das fronteiras profissionais. In C. L. EIZIRIK, R. W. AGUIAR; E S. S. SCHESTATSKY (Orgs.), Psicoterapias de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos (pp. 310-321). (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.

LÉVY, P. Cibercultura. vol. 3. São Paulo: Editora 34, 2010.

MOREIRA, J.A.; JANUÁRIO, S. Redes sociais e educação: reflexões acerca do Facebook em MONTEIRO, A.; MOREIRA, J. A. O blended learning e a integração de sujeitos, tecnologias, modelos e estratégias de ensino-aprendizagem. In: MONTEIRO, A. et al. (Coord.), Blended learning em contexto educativo: perspectivas teóricas e práticas de investigação. Santo Tirso: De Facto Editores, 2012. p. 33-58. quanto espaço de aprendizagem. In: PORTO, C.; SANTOS, E., orgs. Facebook e educação: publicar, curtir, compartilhar [online]. Campina Grande: **EDUEPB**, 2014, p. 67-84.

PATRÍCIO, R.; GONÇALVES, V. (2010). Facebook: rede social educativa? In I Encontro Internacional TIC e Educação, Universidade de Lisboa, Instituto de Educação, Lisboa.

ROTELLI, Franco. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Saúde mental, formação e crítica**. / organizado por Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz. – Rio de Janeiro: Laps, 2015.

SALDANHA, Patrícia Gonçalves. Publicidade Comunitária: uma ferramenta atual de resgate e fortalecimento dos princípios comunitários. **Revista Z Cultural**. 17 de maio de 2012.

SANTEIRO, T.V.; ROCHA, G.M.A. (2015). Uso de mídias sociais por psicoterapeutas: problematizando fronteiras profissionais e esboçando diretrizes. In T.V., SANTEIRO; G.M.A., ROCHA (Orgs.), Clínica de orientação psicanalítica: compromissos, sonhos e inspirações no processo de formação. p. 175-191). São Paulo: Vetor.

VARJÃO, S. **Micropoderes, macroviolências** [online]. Salvador: EDUFBA, 2008.

CAPÍTULO 5

AS IMPLICAÇÕES DA MÃE FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA DO BEBÊ: A VISÃO PSICANALÍTICA SOBRE UMA RELAÇÃO NECESSÁRIA

Isabel Cristina Monteiro dos Santos
Andréa Maria de Senna Marques
Jacqueline Rios Fonteles Albuquerque

Distribuição Proibida

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema a relação mãe-bebê vista como objeto transicional. Sob esse viés, a mãe tem papel importante neste processo, pois ela desenvolverá uma comunicação com o seu filho que possibilitará uma mediação dele com o mundo externo. A relação mãe-bebê significa dizer, então, que a mãe, desde o nascimento de seu filho, através das atividades desenvolvidas, como alimentá-lo, cuidar de sua higiene, zelar pelo seu conforto físico e estar atenta a possíveis acidentes, com o tempo, traduzirá as necessidades dele, assim, ofertando-se como objeto transicional, o qual o bebê utilizará para revelar seus anseios, desejos, angústias e necessidades.

O conceito de objeto transicional, para Donald Woods Winnicott, é a escolha do bebê por um objeto que tem como papel intermediar seus sentimentos internos com o mundo externo. O bebê depositará todas as suas necessidades nesse objeto, e este as suportará a fim de traduzir que ele pode sentir-se seguro nessa relação.

O presente trabalho tem por objetivo analisar de que forma a relação mãe-bebê pode ser compreendida como objeto transicional na reabilitação do bebê diagnosticado com leucemia na faixa etária de 0 a 2 anos de idade. O trabalho é composto pelos seguintes objetivos específicos: descrever, na perspectiva do autor D. W. Winnicott, como a relação mãe-bebê pode ser vista como objeto transicional; comentar o sentido atribuído à relação de uma mãe frente ao filho que foi diagnosticado com leucemia, à luz dos autores Hanna Segal e Sigmund Freud; e apontar a forma pela qual a mãe vai favorecer o objeto transicional no processo de reabilitação de seu bebê.

A relevância deste trabalho é justificada, pois ele possibilita explicar a teoria do desenvolvimento do autor D. W. Winnicott para o contexto de reabilitação do bebê diagnosticado com leucemia, descrevendo como repercute o diagnóstico para a mãe e a forma pela qual ela encontrará meios de ajudar o bebê no enfrentamento da enfermidade. Assim, o trabalho tem a iniciativa de unir a teoria do desenvolvimento a um contexto específico, possibilitando a compreensão de um processo tão delicado para a mãe e o bebê.

Para o meio científico, a relevância deste trabalho se dá pela necessidade de discutir, nos campos psicanalítico e hospitalar, formas de auxiliar a mãe e o bebê na compreensão do diagnóstico e do seu tratamento, evidenciando que o contexto emocional é de fundamental importância, assim contribuindo com o tema e fornecendo alicerces para que trabalhos futuros alcancem suas respostas.

A composição do trabalho consta de introdução, referencial teórico, metodologia, análise dos resultados, considerações finais e referências bibliográficas. O desenvolvimento teórico divide-se em três partes. Na primeira parte, a relação

mãe-bebê, o conceito de objeto transicional e a relação mãe-bebê vista como objeto transicional sob o olhar do autor D. W. Winnicott, citado pelo autor J. D. Nasio, serão descritos.

Na segunda parte, o diagnóstico de leucemia no bebê (levantamento do INCA no ano de 2014), o conceito de fantasia na relação da mãe para com seu filho, o narcisismo dos pais frente ao diagnóstico de leucemia e o conceito de luto acerca da fantasia da mãe serão comentados. Para tanto, serão utilizados os autores Sigmund Freud e Hanna Segal, que discorrem sobre alguns dos temas apresentados. Será utilizado, ainda, um artigo científico para fundamentar a discussão da leucemia em crianças.

Na terceira parte, serão apontados os conceitos da mãe suficientemente boa, do narcisismo infantil e do gesto espontâneo para explicar como a mãe favorecerá o objeto transicional com seu filho. Para isso, serão utilizados os autores D. W. Winnicott e Sigmund Freud, bem como um artigo científico que evidencia o conceito de gesto criativo do primeiro autor.

A metodologia do trabalho é de natureza qualitativa, e o tipo de pesquisa é bibliográfico. Nela, haverá o desenho metodológico para a obtenção da resposta dos objetivos específicos e serão descritos os dados e sua correlação com os conceitos. Utilizaram-se quadros para viabilizar o percurso da descrição e a análise do referencial teórico. Por fim, constará, na metodologia, a dificuldade da autora frente ao material de pesquisa.

Observa-se que a relação mãe-bebê é relevante no processo de reabilitação do bebê diagnosticado com leucemia, pois compreende-se que ela permite que se construa um objeto transicional com o fim de intermediar conflitos internos do bebê com o ambiente, usufruindo de seus gestos espontâneos e reafirmando o quanto de amor e segurança foi investido.

A Construção de uma relação necessária

Os primeiros meses de vida de um bebê são relevantes tanto para ele como para a sua mãe. O bebê, como forma de absorver as novas experiências, irá expressar seus sentimentos mais primitivos, e a mãe, indo ao encontro de suas necessidades, buscará interpretar suas demandas, estabelecendo um meio de comunicação entre ela e seu filho. Este relacionamento entre mãe e bebê possibilitará que ele expresse os seus sentimentos internos e também tenha contato com os estímulos externos, evidenciando que essa relação mãe-bebê tem papel de mediadora no processo de desenvolvimento do bebê.

A base teórica conceitual deste estudo é a teoria do pediatra e psicanalista Donald Woods Winnicott, que assinala que a relação mãe-bebê é relevante para o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional-afetivo do bebê. Esse desenvolvimento é dividido em duas fases: a fase da dependência absoluta e a fase da dependência relativa. A primeira ocorre, aproximadamente, de 0 a 6 meses, e se refere à fase em que o bebê necessita primordialmente da mãe, pois ela será o suporte necessário para a sua sobrevivência. Nessa fase, o bebê não tem compreensão do meio, ele apenas o sente e, por isso, a mãe e o bebê são um só. Na fase da dependência relativa, aproximadamente, dos 6 meses aos 2 anos de idade, o bebê já possui compreensão de si e do meio externo, percebe as falhas de sua mãe e as tolera. Nesse mesmo período, a união entre a vida psíquica e seu corpo está sendo integrada, assim, o papel da mãe, nessa fase, é perceber o desenvolvimento de seu filho e permitir seus gestos espontâneos, estando presente apenas para acompanhar as suas descobertas, porém evitando interferências, pois o bebê precisa de um ambiente para explorar.

O bebê depende inteiramente do mundo que lhe é oferecido pela mãe, porém o mais importante, e que constitui a base da teoria de Winnicott, é o desconhecimento de seu estado de dependência por parte do bebê. Na mente do bebê, ele e o meio são uma coisa só. [...] Quando se aproxima dessa segunda fase, a criança já progrediu consideravelmente. Está em condições de reconhecer os objetos e as pessoas como fazendo parte da realidade externa. Percebe a mãe como separada dela e realiza uma união entre sua vida psíquica e seu corpo. (WINNICOTT, citado por NASIO, 1995, p.184 e 191).

Nesse contexto, a relação mãe-bebê é de total relevância, pois a mãe tem o papel de propiciar um ambiente saudável, possibilitando que o bebê encontre formas de expressar sua espontaneidade diante das dificuldades e dos conflitos encontrados por ele.

O autor Nasio (1995) escreveu sobre o conceito da relação mãe-bebê, a partir do olhar do autor Winnicott, explicando sobre as três funções da mãe que ocorrem de forma simultânea, mas que podem ser esclarecidas separadamente.

Segundo Winnicott (1988), citado por Nasio (1995), a primeira função é a apresentação do objeto, em que a mãe não antecipa, mas sabe o momento em que o bebê deseja o seio ou a mamadeira e lhe oferta, fazendo que tenha o sentimento de ter criado esse objeto. Diante disso, o bebê terá a experiência emocional de ser capaz de criar algo através de seu desejo, construindo, aos poucos, a cada alimentação, as primeiras experiências emocionais.

A segunda função é o *holding*, que significa sustentação, em que a mãe tem o papel de dar o suporte físico para o bebê, como alimentação, zelar pela sua higiene, livrá-lo de acidentes, cuidar da sensibilidade visual, dentre outros cuidados e, ao mesmo tempo em que ela está cuidando do aspecto físico, estará amparando-o psicologicamente, pois, através das atividades rotineiras de cuidado, ele vai se integrando psicologicamente no tempo e no espaço. “Através dos cuidados cotidianos, ela instaura uma rotina, sequências repetitivas. Com essa função de *holding*, Winnicott enfatiza o modo de segurar a criança, a princípio fisicamente, mas também psicologicamente” (NASIO, 1995, p. 185).

A terceira função chama-se de *handling*, que significa manipulação. A realização das atividades do *holding* consequentemente promoverá o contato físico da mãe com o bebê, e a forma como a mãe o manipula fará com que se sinta confortável, aconchegado. Com isso, ela promoverá a integração do corpo com a sua psique. “O emprego dessa terceira função materna é necessário para o bem-estar físico da criança, que aos poucos se experimenta como vivendo dentro de um corpo e, com isso, realiza uma união entre sua vida psíquica e seu corpo. Uma união que Winnicott chama de personalização” (NASIO, 1995, p. 185).

Dessa forma, a mãe tem importante papel na construção da personalização do bebê, pois ela media os conflitos internos com o meio, facilitando as suas descobertas.

A mãe que desenvolve esse estado fornece um contexto para que a construção da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a des-

dobrar-se e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. Essa preocupação única e a abertura para o bebê que se cria dentro da mãe são cruciais no processo de vínculo. (WINNICOTT, citado por BORSA, 2006, p. 316).

Diante disso, a mãe que compreende a comunicação de seu filho, que, dentro do espaço cotidiano, busca meios de estimulá-lo, auxiliando-o para que se sinta seguro e tenha experiências prazerosas, de vínculo com o ambiente, constrói o que para Winnicott se chama relação mãe-bebê.

A construção e significado do objeto transicional

No decorrer do desenvolvimento do bebê, ele irá eleger um objeto, seja um urso, um brinquedo, seu lençol, não existe algo específico, para ser sua companhia e assim se relacionar, projetando seus sentimentos amorosos e/ou hostis. Esse objeto irá suportar todo seu investimento e unirá o interno com o externo com o qual mantém contato.

O autor Winnicott (1975) não determina uma faixa etária fixa em que irão surgir os fenômenos transicionais, mas diz que pode ocorrer entre os 4 e os 12 meses de idade, podendo existir variações. Esses fenômenos são divididos em três partes: intermediária, entremear objetos e possessão.

Na intermediária, o bebê estará transitando entre a fase oral e a escolha de objeto, por exemplo, chupar o dedo. Assim, ele está satisfazendo o seu erotismo oral, como também se

relacionando, projetando em seu polegar os seus sentimentos como forma de demonstrar o que já foi introjetado pelo meio.

Introduzi os termos 'objetos transicionais' e 'fenômenos transicionais' para designar a área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado. (WINNICOTT, 1975, p. 11)

Dessa forma, é possível perceber que, na fase intermediária, o bebê elege um objeto para vincular-se, transferindo seus sentimentos e suas primeiras descobertas. O bebê pode, então, escolher um objeto que, na realidade, não faz parte de seu corpo, mas que, devido ao fato de não ter compreensão da realidade externa, acaba por sentir que faz.

Entremear objetos significa que o bebê, em suas descobertas, vai passar a sentir que existem objetos separados de seu corpo e assim irá tocá-los, manuseá-los para compreender suas formas. “Mais cedo ou mais tarde, no desenvolvimento de um bebê, surge por parte dele uma tendência a entremear objetos ‘diferentes-de-mim’ no padrão pessoal”. (WINNICOTT, 1975, p. 13)

A exemplo do que foi explicitado por Winnicott (1975), o ato de sugar o polegar vai ser relegado a segundo plano, haja vista que, com o tempo, sentir seus dedos acariciando os seus lábios e outras partes de sua face terá mais relevância do que a própria ação de sugar.

No que diz respeito ao momento de possessão, o bebê elegeu o seu objeto transicional e vai necessitar dele em vários momentos de sua vida. Possessão é o que vale dizer a apropria-

ção de um objeto que o bebê compreende que não faz parte de si, mas que mantém uma mediação entre ele e o meio externo, dando-lhe segurança em vários momentos.

Os padrões estabelecidos na tenra infância podem persistir na infância propriamente dita, de modo que o objeto macio original continua a ser absolutamente necessário na hora de dormir, em momentos de solidão, ou quando um humor depressivo ameaça manifestar-se. [...] A necessidade de um objeto específico ou de um padrão de comportamento que começou em data muito primitiva pode reaparecer numa idade posterior, quando a privação ameaça. Essa primeira possessão é usada em conjunção com técnicas especiais, derivadas da infância muito primitiva, as quais podem incluir as atividades autoeróticas mais diretas, ou existir isoladamente delas: Gradativamente, na vida do bebê, ursinhos, bonecas e brinquedos duros são adquiridos. [...] É importante notar, contudo, que não há diferença digna de nota entre menino e menina em seu uso da possessão original 'não-eu', que estou chamando de objeto transicional. (WINNICOTT, 1975, p.15)

Sob esse viés, pode-se afirmar que a primeira possessão de um bebê significa sua eleição de um objeto transicional que irá interligar o seu mundo interno com o meio externo e, assim, possibilitar que ele descubra formas além daquelas que imagina possuir. O bebê passa a assegurar-se de que terá um

objeto para investir todos os seus sentimentos e que este terá condições de suportá-los.

Os pais, em especial a mãe, perceberão essa ligação do bebê com o objeto e cuidarão para que os dois não se separem, para que não haja uma ruptura na relação. Por isso, a mãe zela e respeita o objeto, a fim de que o bebê possa construir laços de segurança para com ele. “A mãe permite que fique sujo e até mesmo malcheiroso, sabendo que, se lavá-lo, introduzirá uma ruptura de continuidade na experiência do bebê, ruptura que pode destruir o significado e o valor do objeto para ele” (WINNICOTT, 1975, p.15).

Dessa forma, percebe-se a relevância do objeto transicional, pois ele é capaz de possibilitar que o bebê tenha contato com o que é diferente e com o que está fora de seu corpo, ao mesmo tempo fazendo parte dele, porque o bebê investe seus conteúdos afetivos no objeto.

A Relação Mãe-Bebê vista como Objeto Transicional

Compreende-se que a mãe tem papel importante no desenvolvimento do seu filho, e isso só é possível se ela estabelecer uma relação, compreendendo suas necessidades e desenvolvendo um vínculo afetivo com ele, em que o bebê passará a sentir-se integrado à sua mãe. Pode-se pensar que a mãe será uma intermediária entre o bebê e o meio externo, afinal, é a mãe que permitirá que o bebê conheça o meio e interaja com ele. O bebê, com o tempo, perceberá que a mãe não faz parte dele e, assim, com a relação mãe-bebê, ele buscará projetar seus sentimentos para que a mãe os suporte e os interprete. A relação mãe-bebê não irá substituir o objeto transicional, mas

seu papel mostra-se semelhante a ele. “O objeto transicional representa o seio, ou o objeto da primeira relação”. (WINNICOTT, 1975, p. 23)

Winnicott (1975) relata algumas qualidades do objeto transicional que se assemelham à relação mãe-bebê. Ele comenta que o bebê sente-se no direito de possuir o objeto transicional e passa a ter uma relação de onipotência. Ele pode se relacionar de diversas formas com o objeto transicional, acariciando-o ou sendo agressivo, por exemplo. Para a mãe, o objeto transicional que o bebê elege faz parte do meio externo, mas para ele não é assim que ocorre, o objeto transicional está em uma área intermediária, pois este não provém de dentro. Assim, pode-se perceber a semelhança das qualidades do objeto transicional com a relação mãe-bebê, porque, no início da relação, o bebê sente a mãe como se fizesse parte dele, por isso tem o sentimento de satisfazer suas demandas sem necessitar de alguém, assim, é considerado onipotente. Ele se relaciona com a mãe e projeta todos os seus sentimentos, sejam estes afetuosos, sejam hostis, e a mãe está para suportar e traduzir suas angústias. Como o bebê não possui a capacidade de perceber que existe um ambiente externo, ele tem o sentimento de ter a mãe em uma área intermediária em que se relaciona com a mãe, mas sente que ela não faz parte dele.

Não existe algo intermediário na relação mãe-bebê, ela existe e pode apresentar-se como objeto transicional, afinal, o contato da mãe com o seu filho é visceral, o bebê recebe o seio, e a mãe o cede.

O bebê percebe o seio apenas na medida em que um seio poderia ser criado exatamente ali e naquele então. Não há intercâmbio entre a mãe e o

bebê. Psicologicamente, o bebê recebe de um seio que faz parte dele e a mãe dá leite a um bebê que é parte dela mesma (WINNICOTT, 1975, p. 27).

Nesse contexto, percebe-se que a relação mãe-bebê pode ser vista como objeto transicional, porque a mãe se coloca no papel de intermediar o contato do bebê com o meio externo, com gestos afetuosos, assegurando e possibilitando que ele se relacione conforme os seus sentimentos; a mãe está para suportar suas angústias e traduzi-las, devolvendo a segurança necessária para estabelecer um vínculo afetivo.

O autor Donald Wood Winnicott, com os conceitos de função materna e função do objeto transicional, enfatizou a necessidade de observar a forma pela qual o bebê se desenvolve afetivamente e se integra psiquicamente. A mãe tem papel fundamental nesse processo, pois, para o autor, a maneira com a qual o bebê futuramente irá se relacionar com o meio externo está diretamente relacionada à sua relação com a mãe. Essa relação pode ser vista como objeto transicional, pois ela possibilita que o bebê invista seus conteúdos para a sua mãe. Com o tempo, as novas circunstâncias da vida irão requerer que ele seja capaz de se sobressair e, existindo experiências de segurança, de amor, afetividade, ele encontrará meios de prosseguir sem grandes dificuldades.

O Bebê diagnosticado com Leucemia

O bebê diagnosticado com leucemia encontra-se em um cenário doloroso e repleto de sentimentos, pois tanto ele como sua mãe irão vivenciar uma nova e desafiante experiência. A mãe depara-se com o conflito de cultivar fantasias de saúde,

desenvolvimento e vitalidade em relação ao seu filho, ao mesmo tempo, é solicitada a lidar com um diagnóstico que deriva para dor, sofrimento e possível falecimento. Assim, percebendo que o fruto investido de amor está passando por uma situação delicada, a mãe terá que encontrar uma forma de elaborar o seu sofrimento e ser capaz de ajudar seu filho nesse processo.

Segundo o INCA¹ (2014), o câncer infanto-juvenil (criança e adolescente entre 0 e 19 anos) apresenta características histopatológicas singulares e, devido a esse motivo, é estudado separadamente dos adultos. Ele possui curtos períodos de latência, é mais agressivo e cresce de maneira acelerada, porém o tratamento e o prognóstico respondem de forma mais rápida, por isso a morfologia é observada de perto, porque difere dos adultos.

Entre os fatores etiológicos para o câncer infantil, são estudados agentes físicos, químicos e biológicos, mas, por apresentarem-se no início da vida, os fatores ambientais são determinantes. Essa exposição se dá de forma indireta, o contato com adultos pode estar relacionado e também é levada em consideração a exposição durante a vida intrauterina. “O tipo de câncer infanto-juvenil mais comum na maioria das populações é a leucemia (cerca de 25% a 35%)” (INCA, levantamento de 2014).

Segundo Nascimento *et al.* (2009), desde a década de 70, devido à falta de pesquisa sobre o assunto, o câncer estava relacionado ao falecimento, pois não existia possibilidade de cura. Atualmente, a leucemia tem porcentagem de cura em 70% dos casos, um salto positivo para os pacientes, no entanto isso só foi possível com o avanço no tratamento, nas quimioterapias, no controle de infecções e hemorragias e na prevenção ou combate de doenças no sistema nervoso cerebral.

¹ INCA (Instituto Nacional do Câncer)

Para o bebê, os procedimentos de tratamento da leucemia são muito invasivos, as quimioterapias agredem bastante seu organismo, o que pode resultar em desconforto, deixando-o triste, abatido, assustado ou agressivo. Sob essa perspectiva, o tratamento com quimioterapia deriva alguns efeitos colaterais:

Durante o tratamento, particularmente o quimioterápico, ocorrem experiências e vivências que levam a criança a ter consciência de seu adoecimento. Temos, então, efeitos colaterais de consequências dolorosas, tais como sangramento e hemorragia, perda de pelo e cabelo, náusea e vômito, alteração na pele (vermelhidão, coceira e descamação), feridas e irritações na boca e na garganta, diarreia, entre outros. Além desses, deve-se mencionar os procedimentos invasivos aos quais a criança é submetida, como, por exemplo, punções venosas e administração de medicação intravenosa. (NASCIMENTO *et al.*, 2009, p. 153)

Mediante o que foi exposto, percebe-se que o diagnóstico de leucemia no bebê é bastante pesquisado na tentativa de chegar à sua origem. Com o diagnóstico, nota-se o sofrimento emocional vivenciado por um ser humano tão frágil, porque o tratamento quimioterápico é doloroso, devido ao fato de ser tão agressivo.

A fantasia da mãe em relação ao seu filho

Antes de o bebê nascer, a mãe já possui uma representação afetiva e, com isso, ela vai estabelecendo um vínculo ma-

terno. Essa representação é regida pela fantasia que é o cerne do nosso contato com o ambiente, tudo que é percebido, sentido, interpretado vai ao encontro da fantasia.

As fantasias são onipotentes e não existe diferenciação entre fantasia e experiência da realidade. Os objetos fantasiados e a satisfação deles derivados são experimentados como acontecimentos físicos. [...] Essas experiências da realidade influenciam imediatamente a fantasia inconsciente e são por esta influenciadas. A fantasia não é simplesmente uma fuga da realidade, mas um constante e inevitável acompanhamento de experiências reais, com as quais está em constante interação. (SEGAL, 1975, p. 24 e 25)

Diante disso, a mãe possui uma representação inconsciente de seu filho e, dessa forma, se relaciona com ele. O bebê apresenta uma realidade, e sua mãe traduz sua necessidade conforme sua fantasia, por exemplo, o bebê que chora compulsivamente à noite, e a mãe, ao tocá-lo, interpreta que seu choro significa que ele está com cólica estomacal. Existiu uma realidade que se apresentou como necessidade e, conforme o investimento da mãe, ela conseguiu responder mediante sua fantasia.

Freud, em *Introdução ao Narcisismo* (1914), intitula que a mulher, ao dar à luz, estabelece um investimento amoroso com o bebê, devido ao fato de saber que o seu corpo geriu outro corpo, o qual será contemplado com amor. Ou seja, a mãe está ligada ao seu filho porque compreendeu que ele fez e faz parte dela, ela produziu um ser que afirma seu narcisismo.

A mãe teme qualquer tipo de perigo para seu filho, cuida e zela pela sua integridade física e, quando algum tipo de acidente ocorre, busca solucionar a situação. No entanto, existem circunstâncias que estão fora do seu domínio e que podem trazer sofrimento, sentimento de impotência. O filho que, em torno de 0 aos 2 anos de idade, é diagnosticado com leucemia possivelmente irá desestabilizar a mãe que, mediante a possibilidade de perda, irá passar por inúmeros conflitos.

O diagnóstico de leucemia é, então, recebido pela mãe como uma dessas experiências, sendo dimensionado enquanto uma ocorrência de sofrimento e dor que, pela possibilidade de perda do filho, parece materializar a interrupção do vínculo maternal. É uma ameaça intensamente negativa – assustadora, horrorosa, desesperadora – e desencadeante de um desajustamento emocional, permeado pelo sentimento de impotência em salvar o bem-estar do filho (NASCIMENTO *et al.*, 2009, p.152)

O diagnóstico de leucemia do filho para a mãe quebra com a fantasia elaborada de uma extensão de si, o medo de perder seu objeto de amor é bem maior que a lucidez de que é possível esperar pelo melhor. No primeiro momento, o sofrimento abre espaço para a ruptura de um ideal, “então, sabendo que o filho tem câncer, a mãe se vê diante de um dado de realidade que lhe encurrala alguns dos desejos e a fantasia de imortalidade, até então refugiado na certeza da vida do filho” (NASCIMENTO *et al.*, 2009, p.152).

O investimento do amor dos pais para o filho

Os pais investem em seu filho todo o amor e a afetividade que foram cedidos ao longo de suas vidas. As formas de demonstrar podem ser diferentes, porém a intenção é verdadeira, só é transmitido o amor na quantidade e na forma como foi recebido. Por isso, os pais que recebem a notícia de que seu filho foi diagnóstico com leucemia entram em desespero e conflito, pois o quanto de amor que foi cedido colabora para o medo de perdê-lo.

Segundo Freud (1914), o investimento afetivo dos pais para seu filho significa a busca pela reatualização de um narcisismo abandonado. Isso significa que são deixados de lado os seus desejos singulares para serem dedicados a uma extensão de si. É dada toda possibilidade de realizar aquilo que lhes faltou. Freud (1914, p. 36) afirma que “os pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições – que um observador neutro nelas não encontraria – e a ocultar e esquecer todos os defeitos, algo que se relaciona, aliás, com a negação da sexualidade infantil”. Os pais desejam o melhor para seu filho, buscam ceder as melhores experiências e omitem a possibilidade de algo não estar em comum acordo com os seus desejos.

Doença, morte, renúncia à fruição, restrição da própria vontade não devem vigorar para a criança, tanto as leis da natureza como as da sociedade serão revogadas para ela, que novamente será o centro e âmago da Criação. *His Majesty the Baby*, como um dia pensamos de nós mesmos. (FREUD, 1914, p. 37)

Nesse contexto, não é imaginada a possibilidade de ter um filho diagnosticado com leucemia, e, dessa forma, a chegada de tal notícia impacta os pais. Eles querem o melhor para o filho, e é sabido que tal enfermidade é extremamente dolorosa.

Pode-se interpretar que tal enfermidade no filho equivale dizer que se instaura nos pais que o sentem como sua extensão. É percebido que os pais investem os sonhos os quais não foram possíveis de se realizar e, com isso, buscam atualizar nele as possibilidades de se alcançar seus desejos. “O amor dos pais, comovente e no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo dos pais renascido, que na sua transformação em amor objetal revela inconfundível a sua natureza de outrora”. (FREUD, 1914, p. 37)

É compreensível a angústia dos pais ao deparar-se com o diagnóstico de leucemia de seu filho porque eles desejam o melhor e não é cogitada a possibilidade de que isso possa ocorrer, chegar um dia em que a finitude pode estar tão próxima, que os sonhos alimentados podem ter um fim sem serem realizados, que o objeto de amor mais terno passará por um grande sofrimento. Por isso, o movimento deles é aceitar que agora o objetivo é tratar para que a cura chegue, continuando a desejar que o filho possa receber todos os bens que um dia lhes foram ofertados.

O luto visto como ressignificação da fantasia da mãe

É possível avaliar que a mãe será o principal suporte do bebê nesta experiência dolorosa, todavia ela, primeiramente, terá que lidar com os conflitos singulares para ocupar sua função. Como mencionado, a mãe elabora fantasias em relação ao seu filho e, a partir do momento em que é acometida por um diagnóstico como este, ela se depara com o medo de perder seu objeto de amor. A mãe precisará passar pelo luto da fantasia de defender o filho de qualquer tipo de enfermidade para poder vivenciar e acompanhar o seu tratamento, assim, encontrando novos motivos para alimentar seus desejos.

Segundo Freud (1917, p. 171), “via de regra, luto é a reação à perda de uma pessoa amada ou uma abstração que ocupa seu lugar, como pátria, liberdade, um ideal etc.”. Isso significa que luto não está diretamente relacionado ao falecimento de uma pessoa querida, mas a perda de qualquer tipo de investimento afetivo. Por isso, a cada rompimento com uma fantasia, é considerado que a pessoa está passando por um luto. Quando a mãe entra em conflito ao receber o diagnóstico de leucemia do filho, ela se depara com a perda de uma fantasia que até então se reafirmava todos os dias: a de que seu filho seria um bebê saudável e teria boas experiências na vida. Porém, naquele momento, a fantasia cede espaço a outra circunstância.

O exame da realidade mostrou que o objeto amado não mais existe, e então exige que toda libido seja retirada de suas conexões com esse objeto. Isso desperta uma compreensível oposição – observar-se geralmente que o ser humano não gosta de abandonar uma posição libidinal, mesmo quando um substituto já se anuncia. (FREUD, 1917, p. 173)

Justifica-se afirmar que é difícil para a mãe dar conta da nova realidade que se apresenta, pois abdicar de uma fantasia amorosa para encarar a nova realidade e estar à mercê da possibilidade de perder seu objeto de amor é extremamente doloroso e de complicada compreensão.

Freud (1917, p. 172) disse acerca do luto: “Confiamos em que será superado após certo tempo, e achamos que perturbá-lo é inapropriado, até mesmo prejudicial”. Diante disso, sabe-se que o luto é um processo singular e para a mãe será mais ainda, pois a aceitação do acometimento de uma enfermi-

dade no filho que estará presente todos os dias demonstrando suas dores é aterrorizante. Porém, com o tempo, a mãe terá o movimento de ressignificar sua fantasia em relação ao seu filho, durante e após a reabilitação, ela poderá acreditar que ele será capaz de vivenciar tudo aquilo que ela projetou para sua vida, no entanto, antes que isso ocorra, é importante respeitar seu momento.

O autor Sigmund Freud, ao longo de todo o texto, contribui para a compreensão de como ocorre o investimento narcísico dos pais, em especial, da mãe em relação ao seu bebê, possibilitando apurar que, de fato, receber a notícia de que ele está com leucemia não é fácil. Contudo, compreende-se que existe a capacidade de uma ressignificação a partir do luto. O luto é uma forma de ultrapassar o momento doloroso vivenciado e encontrar meios de alimentar novas fantasias.

O levantamento do Instituto Nacional do Câncer (INCA) contribuiu para o entendimento do diagnóstico de leucemia em crianças, seu tratamento, desenvolvimento e possíveis causas, bem como as pesquisas realizadas. Sobre fantasia, a autora Hanna Segal (1975) evidenciou o conceito de fantasia e suas representações no mundo. Ao longo do texto, foi possível enfatizar que a relação da mãe com o seu bebê é regida por uma fantasia e, por isso, ela consegue estabelecer um vínculo afetivo. Assim, conforme o autor Sigmund Freud (1917), luto não significa apenas o falecimento de uma pessoa querida, haja vista que passamos por um luto todas as vezes que desejamos ou que consideramos algo que amamos, mas que não está mais presente. Nesse caso, a mãe tem que passar pelo luto da sua relação com o seu bebê, até então saudável, para enfrentar o tratamento da leucemia.

A mãe que é necessária, mas que também falha

Sabendo que o filho está acometido pela leucemia, a mãe encontra-se na responsabilidade de acompanhá-lo no processo de reabilitação e, através da relação mãe-bebê, perceber suas necessidades e auxiliar para garantir seu bem-estar, porém sabe-se que essa mãe entrará em conflito algumas vezes por não conseguir dar conta de tudo, no sentido de reestabelecer sua saúde, por isso falhará algumas vezes e até mesmo em suas falhas será possível perceber o seu auxílio.

A mãe, no decorrer do processo, buscará adaptar a nova situação para o bebê, no caso, o seu tratamento, porém, devido ao fato de ser uma situação dolorosa, tanto para ela quanto – e mais ainda – para o bebê, que será submetido a procedimentos invasivos, cujos efeitos colaterais são dolorosos, a mãe, algumas vezes, irá falhar nessa adaptação, e isso será percebido pelo bebê, que encontrará meios de se sobressair.

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. (WINNICOTT, 1975, p. 24)

O autor Winnicott defende a ideia de que a mãe suficientemente boa não é aquela que acerta todas as vezes em seu relacionamento com o bebê; pelo contrário, ela demonstra que falha, evidenciando que, na vida, é necessário se sobressair quando a segurança fornecida não é o suficiente. É importante salientar que isso é um processo que vai acontecendo gradativamente durante a relação da díade.

Por isso, é possível compreender que, durante o tratamento, na chegada dos efeitos colaterais das quimioterapias no bebê, a mãe passará a sofrer mais ainda, por medo de perder seu filho, vai chorar, desesperar-se, porém estará presente para acompanhá-lo, buscando ajudar dentro da medida de sua possibilidade.

O desconforto emocional do filho se estende à mãe que, identificada com a dor do filho, sente-se triste, nervosa, deprimida e com medo. É como se os efeitos colaterais do tratamento intensificassem o medo, já vivenciado no diagnóstico, de perder o filho. E, assim, a mãe coloca-se no dever de ajudá-lo a tolerar e superar a situação, mas, ainda que esteja emocionalmente mobilizada, procura, na maioria das vezes, conter a expressão do seu sofrimento. (NASCIMENTO *et al.*, 2009, p. 153)

É possível perceber que mãe e filho estão entrelaçados nesta nova experiência, entretanto, o bebê demanda muito mais da mãe por conta da busca de encontrar alguém que consiga mediar o seu conflito, contudo a mãe está mergulhada emocionalmente nessa situação e, por mais que ela busque assegurar-lo, também deseja sentir-se segura. Neste momento, é possível perceber que a díade estabelece um vínculo afetivo em que os dois buscam confiar um no outro, aceitando suas falhas.

Os pais de uma criança com câncer, e, principalmente, a mãe que a acompanha no tratamento, em função da tensão inerente ao diagnóstico e ao tratamento, vivencia, tal qual ocorre com o filho, uma condição de estresse, permeada por um estado de an-

siedade/humor depressivo e expresso por reações como medo, irritabilidade, tristeza, apatia etc. São reações oriundas da incerteza frente à cura, da percepção dos efeitos invasivos e dolorosos do tratamento e, também, da condição de hospitalização. (NASCIMENTO *et al.*, 2009, p. 154)

A mãe falará, porque, assim como o bebê, ela teme o tratamento, percebe o quanto isso causa dor, seja física ou psíquica, porém essa mesma mãe estará evidenciando para o bebê que, por mais que a incerteza se instaure, sua presença auxiliará na segurança de saber que a pessoa na qual o bebê projeta todos os seus sentimentos está por perto para mediar o seu contato com o meio.

EdUECE

O amor que foi investido será a base para o bebê

A princípio, no desenvolvimento do bebê, é a mãe que irá promover sua sobrevivência e, no decorrer dessa experiência, ele receberá todos os investimentos de amor dos seus pais, porém será a mãe, por excelência, que escolherá como primeiro objeto de amor.

Os instintos sexuais apoiam-se de início na satisfação dos instintos do Eu, apenas mais tarde tornam-se independentes deles; mas esse apoio mostra-se ainda no fato de as pessoas encarregadas da nutrição, cuidado e proteção da criança tornarem-se os primeiros objetos sexuais, ou seja, a mãe ou quem a substituir. (FREUD, 1914, p. 32)

Freud, nessa citação, ressalta que o bebê terá a mãe como apoio nas primeiras experiências de autoconservação, porém, com o passar do tempo, ele será capaz de tomar iniciativas para alcançar suas necessidades.

Na relação da mãe com o seu filho, ela investirá toda sua cota de amor, e ele a receberá sentindo que foi amado e que está seguro por conta desse amor. Ele, portanto, desejará um ideal o qual buscará alcançar e satisfazer em sua plenitude. “A esse ideal do Eu dirige-se então o amor a si mesmo, que o Eu real desfrutou na infância. O narcisismo aparece deslocado para esse novo EU ideal, que como o infantil se acha de posse de toda preciosa perfeição”. (FREUD, 1914, p. 40)

Distribuição Proibida

Entrelaçando a questão do processo de reabilitação do bebê diagnosticado com leucemia a esse contexto, a mãe, que investe de amor o seu filho, possibilita que ele vivencie este sofrimento com a segurança de que é amado, significando muito no sentido de que ele se utilizará desse amor para sobreviver.

Como mencionado, a mãe, com o tempo, alimentará fantasias de que seu filho irá ultrapassar essa dolorosa experiência, e isso é necessário. O bebê, devido ao amor investido por sua mãe, compreenderá e, por mais que o seu atual momento seja doloroso, ele buscará formas de readquirir seu desejo de sentir-se bem, de ser sadio novamente. “Ele não quer se privar da perfeição narcísica da infância, e se não pôde mantê-la, perturbado por admoestações durante seu desenvolvimento e tendo seu juízo despertado, procura readquiri-la na forma nova do ideal do Eu”. (FREUD, 1914, p.40)

O bebê terá o sentimento de que é assegurado pela mãe, e isso fará com que ele invista nesse amor para consigo, confiando no amor de sua mãe mesmo quando ela falhar, e alimentará a esperança de que a enfermidade um dia passará. “Tudo

o que se tem ou que se alcançou, todo resíduo do primitivo sentimento de onipotência que a experiência confirmou, ajuda a aumentar o amor-próprio”. (FREUD, 1914, p. 45)

Percebe-se que o vínculo estabelecido entre a díade será o meio pelo qual os dois irão ultrapassar esta experiência. A mãe servirá de intermediária, ajudando-o, porém ela terá momentos em que irá falhar. Assim, o bebê, alimentado de amor, será capaz de suportar as falhas da mãe e confiará no amor transmitido por ela para seguir seguro nessa jornada.

O sentimento de segurança dá potencialidade ao bebê

É relevante ressaltar que o bebê que foi diagnosticado com leucemia terá muito mais condições de ultrapassar esta experiência de se sentir seguro e amado, e isso ocorre quando sua mãe consegue favorecer o seu objeto transicional na relação mãe-bebê. A mãe terá a função de adaptar a realidade às necessidades do bebê e de promover um espaço onde ele irá expressar toda a sua criatividade.

Assim, todo ser humano relativamente integrado possui a necessidade de se diferenciar em uma identidade própria, ao mesmo tempo em que, para isso necessita da presença do outro. Para Winnicott (1945/1988) a criança só se sente livre para expressar sua espontaneidade depois de ter experimentado um ambiente estável e acolhedor, que receba sua criatividade. A criatividade tem a função de possibilitar essa autenticidade, partindo da apropriação daquilo que é

objetivamente percebido. (BARROS e ARRUDA, *apud.* WINNICOTT, 2010, p. 355)

O bebê, através da sua criatividade, encontrará formas de expressar seu sentimento acerca do tratamento, ele irá sublimar o que está sentindo de forma criativa, seja na relação com os que estão à sua volta, seja na brincadeira ou no desenho. Ele será autêntico, espontâneo, porém a forma pela qual vai expressar isso está relacionada com sua relação com a mãe.

A natureza do bom cuidado à criança consiste, sobretudo, em oferecer-lhe condições para elaborar sua especificidade. Para ser criativa, ela deve ser apta a vivenciar fenômenos transicionais, ou seja, poder construir um espaço potencial progressivamente, que liga ao outro e que, em contrapartida, oferece-lhe um espaço para ser integrado. (BARROS e ARRUDA, *apud.* WINNICOTT, 2010, p. 356)

Dessa forma, compreende-se que, primeiramente, o bebê necessitará de sua mãe para relacionar-se e transferir todos os seus afetos, com o tempo, à medida que a mãe for adaptando suas necessidades e afirmando o quanto ele é amado e seguro, buscará expressar seus sentimentos de forma autêntica, integrando as circunstâncias à sua volta, com sua potencialidade.

Compreende-se, nesse contexto, que o autor Winnicott, com os conceitos da Mãe Suficientemente Boa (1975) e de Gesto Criativo (1988), evidenciou como a mãe será capaz de favorecer o objeto transicional ao bebê no seu processo de reabilitação. A utilização do autor Sigmund Freud, com seu artigo Introdução ao Narcisismo (1914), enfatizou a necessidade de promover o

amor como possibilidade de o bebê sentir-se seguro de si. O artigo de Nascimento *et al.* (2009) contribuiu para exemplificar as possíveis falhas da mãe no tratamento do bebê. Barros e Arruda (2010) possibilitaram compreender de que maneira o autor Winnicott intitulou a capacidade do bebê de ter gestos criativos diante das circunstâncias que se apresentavam em sua vida.

METODOLOGIA

O seguinte texto explica a fundamentação da natureza da pesquisa e seu método, possibilitando a compreensão da conjectura do trabalho para resolução de seu objetivo. Para evidenciar ao leitor o desenho metodológico, foram utilizados quadros com o propósito de explicar a forma pela qual foi possível alcançar as repostas dos objetivos específicos. Foi eleito um autor primário do qual se utilizou grande parte de seus conceitos, no caso, D. W. Winnicott, e, para aprimorar e estabelecer um dado estrutural a fim de fortalecer a fundamentação teórica, foram citados os autores Hanna Segal e Sigmund Freud. Por fim, encontra-se a dificuldade da pesquisadora acerca de seu objeto de estudo, que é a relação mãe-bebê vista como objeto transicional para o autor D. W. Winnicott.

Tipo de pesquisa

A natureza da presente pesquisa é de cunho qualitativa, que é, segundo Chizzotti, citado por Campos (2008, p. 57), “[...] fundamentada em uma estratégia baseada em dados coletados em interações sociais ou interpessoais, analisadas a partir dos significados que sujeitos e/ou pesquisador atribuem ao fato”. Essa metodologia possibilita descrever os temas, estrutu-

rando-se nas narrativas relevantes para a compreensão destes, a partir do olhar do pesquisador para o seu objeto de estudo. Dessa maneira, não se pretende reduzir os temas do trabalho a uma verdade absoluta, mas evidenciá-los como relevantes para a resposta dos objetivos em questão.

O presente trabalho é composto por uma pesquisa bibliográfica, na qual, a partir dos objetivos específicos, foi possível encontrar material capaz de elucidar as suas respostas. “A pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimentos que busca por soluções, atento ao objetivo de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório”. (LIMA e MIOTO, 2007, p. 38) Desta maneira, cada procedimento realizado na composição do trabalho foi estruturado para esclarecer os objetivos de estudo e comunicar a forma pela qual foi obtida tal resposta.

Para construir o trabalho, foram realizadas pesquisas em meios que permitiram o alcance do material necessário. Dessa forma, os temas utilizados foram vistos em livros dos autores D. W. Winnicott, Sigmund Freud, Hanna Segal, em autores que teorizaram acerca do tema e artigos que interligavam um assunto ao outro. “A pesquisa bibliográfica possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objetivo de estudo proposto” (LIMA e MIOTO, *apud*.GIL, 2007, p. 40)

Dados a serem descritos

A construção do referencial teórico foi composta por três partes, todas interligadas umas às outras, separadas em subitens e divididas em temas para solucionar cada objetivo

específico. As três partes constam de uma introdução, seguida de exposições dos conceitos âncora de cada autor e, por final, a justificativa da importância da escolha do autor para a resolução do objetivo específico.

Para responder aos objetivos específicos do artigo, foram criados três quadros: Quadro 1 - delineamento dos objetivos específicos; Quadro 2 - delineamento das três partes dos objetivos específicos e seus respectivos conceitos; e Quadro 3 - delineamento dos subitens de cada parte dos objetivos específicos e seus respectivos conceitos, com o intuito de organizar e dar sentido às ideias desenvolvidas ou expressões em torno dos três objetivos do artigo, inicialmente delineados, a fim de abranger o que deve servir como referência à análise em pesquisas qualitativas. Segue abaixo a descrição dos três quadros.

É importante salientar que, no início de cada parte do referencial teórico (divido em três partes), há uma introdução demonstrando o que será discutido e referenciado, a fim de responder ao objetivo específico delimitado. Também, ao final de cada parte, existe um fechamento, evidenciando o motivo pelo qual foi escolhido tal autor para referenciar o pensamento sobre o objetivo. No quadro abaixo, constam os objetivos específicos delineados:

Quadro 1 – Delineamento dos objetivos específicos

Objetivo Específico 1.0	Objetivo Específico 2.0	Objetivo Específico 3.0
Descrever, na perspectiva de D. W. Winnicott, como ocorre a relação mãe-bebê, vista como objeto transicional.	Comentar o sentido atribuído à relação de uma mãe frente ao filho que foi diagnosticado com leucemia à luz de Hanna Segal e Sigmund Freud.	Apontar a forma pela qual a mãe vai favorecer o objeto transicional no processo de reabilitação do bebê.

Fonte: Objetivos específicos de autoria da pesquisadora

Ressalta-se que as três partes do referencial teórico iniciam-se com um título e que sua estrutura desenvolve-se com conceitos para construir uma linha de pensamento sobre o objetivo específico. No quadro abaixo, consta cada título que se refere às três partes do referencial teórico:

Quadro 2 – Delineamento das três partes dos objetivos específicos e seus respectivos conceitos.

Parte 1.0	Parte 2.0	Parte 3.0
A construção de uma relação necessária.	O bebê diagnosticado com leucemia.	A mãe que é necessária, mas que também falha.
Conceitos Utilizados	Conceitos Utilizados	Conceitos Utilizados
Fase da dependência absoluta, fase da dependência relativa e função materna.	Levantamento do INCA sobre o diagnóstico de leucemia em crianças.	Mãe suficientemente boa.

Fonte: Partes de autoria da pesquisadora e conceitos oriundos do referencial teórico.

Com o propósito de fundamentar a linha de pensamento para constituir o ponto de vista que busca viabilizar a resposta do objetivo específico de cada parte, foram delimitados subitens, possibilitando o desenvolvimento e a interligação dos conceitos utilizados.

Quadro 3 – Delineamento dos subitens de cada parte dos objetivos específicos e seus respectivos conceito:

Subitens 1.0	Conceitos Utilizados
2.1 A construção e significado do objeto transicional.	As etapas da escolha do objeto transicional para o autor D. W. Winnicott.
2.2 A relação mãe-bebê vista como objeto transicional.	Interligação entre as fases de dependência relativa e dependência absoluta com o significado do conceito de objeto transicional.
Subitens 2.0	Conceitos Utilizados
3.1 A fantasia da mãe em relação ao seu filho.	Conceito de fantasia e narcisismo
3.2 O investimento do amor dos pais para o filho.	Conceito de narcisismo dos pais e discussão sobre o reflexo do diagnóstico de leucemia para os pais.

3.3 O luto visto como ressignificação da fantasia da mãe.	Definição de luto sob a visão de Sigmund Freud.
Subitens 3.0	Conceitos Utilizados.
4.1 O amor que foi investido será a base para o bebê.	Narcisismo infantil.
4.2 O sentimento de segurança dá potencialidade ao bebê.	Gesto espontâneo.

Fonte: Subitens de autoria da pesquisadora e conceitos oriundos do referencial teórico.

O desenho metodológico do artigo parte da delimitação dos objetivos específicos, que são três, divididos em 3 partes. Cada parte consta de um título com a intenção de salientar o tema do objetivo, seu desenvolvimento inicia-se com uma introdução e prossegue com a discussão dos respectivos conceitos. Para viabilizar a resposta de cada objetivo específico, além das partes, foram acrescentados subitens com conceitos fundamentados e, ao final de cada parte, encontra-se a justificativa pela escolha de cada autor e seus conceitos.

Dificuldades

Não houve obstáculo no sentido de fundamentar a linha de pensamento da pesquisa, porém, como dificuldade, foi percebido o fato de não ser possível encontrar publicações que abordassem a relação mãe-bebê vista como objeto transicional. Os materiais encontrados discorriam acerca da reabilitação do bebê com leucemia, da relevância da mãe no processo de reabilitação, mas, quando se referiam ao conceito de objeto transicional, nos artigos encontrados, discutiam sobre os desenhos, brinquedos e até sobre o profissional de saúde, mas não foi possível encontrar a mãe nesta função, a de viabilizar um objeto transicional.

ANÁLISE DOS DADOS

O autor base para fundamentar o artigo foi Donald Woods Winnicott, devido ao fato de ter desenvolvido os conceitos de função materna, objeto transicional, mãe suficientemente boa e gesto espontâneo, por considerar que através deles foi possível chegar ao entendimento sobre o objetivo geral.

O conceito de função materna se propõe a três movimentos que irão possibilitar o estabelecimento de uma sintonia com o bebê, interpretando suas demandas. Na apresentação do objeto, o bebê sentirá que é capaz de criar e satisfazer os seus desejos. O *holding* significa a sustentação da mãe auxiliando em suas necessidades, integrando o físico e o psíquico. O *handing* é a forma pela qual a mãe vai manipular o bebê nessas atividades, os toques, os carinhos, os manuseios, que são importantes.

O conceito de objeto transicional enfatiza que o bebê escolherá algo que terá a função de intermediar o seu mundo interno com o mundo externo, viabilizando que o bebê venha a sentir-se seguro e consiga criar vínculos com o meio.

O conceito da mãe suficientemente boa trata-se da mãe que está no primeiro momento auxiliando as necessidades de seu bebê, construindo a relação mãe-bebê e que, a partir das descobertas e o desenvolvimento dele, ela passa a respeitar o seu progresso, dando-lhe mais liberdade. É importante salientar que esse conceito também significa que, por mais que a mãe busque estar em sintonia com o seu bebê, ela terá momentos em que irá falhar e isso possibilitará que o bebê possa se sobressair, pois sente que a mãe não consegue suprir todas as suas necessidades.

O conceito de gesto criativo evidencia que todo bebê tem um potencial inato dentro dele e que, para que seja utilizado, é necessário ser desenvolvido. A relação mãe-bebê possibilita seu

desenvolvimento, pois, a partir das comprovações do bebê de que ele é importante, amado, assegurado, ele passará a sentir-se mais confiante e, quando algum tipo de desventura lhe ocorrer, conseguirá, a partir de suas potencialidades, se sobressair.

O conceito de fantasia citado pela autora Hanna Segal possibilitou compreender como ocorre a fantasia da relação mãe e filho. Os conceitos de narcisismo e luto, do autor Sigmund Freud, contribuíram para o entendimento do momento difícil para a mãe, por conta do narcisismo materno, com o fato de receber e saber lidar com diagnóstico de leucemia do seu filho. É através do luto e de seu investimento amoroso que ela encontrará formas de auxiliá-lo nesse processo.

A análise dos dados foi construída através da relação entre os conceitos base, a fim de responder ao objetivo geral, que é analisar de que forma a relação mãe-bebê pode ser compreendida como objeto transicional na reabilitação do bebê diagnosticado com leucemia de faixa etária de 0 aos 2 anos de idade. Compreende-se que a leucemia é um câncer doloroso e sua reabilitação se dá de forma agressiva por conta dos métodos de tratamento. Dessa forma, a relação mãe-bebê, vista como objeto transicional, irá intermediar o mundo interno do bebê com o meio externo, a partir do auxílio da mãe, que irá favorecer esse processo, possibilitando que o bebê encontre formas de se sobressair dessa angustiante experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que a relação mãe-bebê é construída ao longo da relação entre mãe e filho, facilitando o desenvolvimento do bebê e auxiliando em suas descobertas. A mãe se utilizará

de suas funções para assegurar o bebê na sua personalização, em que, a partir da apresentação do objeto, que pode ser o seio ou a mamadeira, a mãe vai ofertá-lo no momento em que o bebê estiver desejando tal, assim, ele terá o sentimento de que é capaz de criar algo que vai satisfazer sua necessidade. A função do *holding* significa que a mãe, através dos cuidados com o bebê, irá dar sustentação ao que ainda não está desenvolvido, a mãe será o seu ego auxiliar, intermediando sua necessidade. A função *handing* está aliada ao *holding*, pois a mãe vai estar em contato direto com o bebê; *handing* está relacionado à manipulação, à forma como a mãe vai tocá-lo, senti-lo. Desse modo, a partir da função materna, o bebê vai passar a se integrar no tempo e no espaço, o que significa dizer que seu ego vai sendo construído, favorecendo sua personalização.

O bebê, com o tempo, irá relacionar-se com o meio através de um objeto transicional que vai intermediar seus sentimentos internos. Objeto transicional significa a escolha do bebê por um objeto que irá suportar todos os seus investimentos e que possibilitará que ele entre em contato com o ambiente. Portanto, o bebê terá segurança nessa relação e construirá um vínculo com o objeto. Dessa forma, é possível perceber que a relação mãe-bebê pode ser vista como objeto transicional devido ao fato de a mãe ser a mediadora do contato do bebê com o ambiente, recebendo suas projeções e as interpretando, possibilitando que se construa uma segurança a partir desse vínculo.

O bebê que é diagnosticado com leucemia está à mercê de uma experiência dolorosa. Atualmente, o tratamento está avançado, como quimioterapias, controles de infecções e hemorragias, porém os procedimentos são altamente invasivos, resultando em sofrimento físico e psíquico.

A mãe relaciona-se com seu filho através da fantasia, antes mesmo de o bebê nascer. Sua concepção já dá dados de investimento de amor, a mãe sente que ele é sua extensão e, por isso, quando ocorre a experiência dolorosa do diagnóstico de leucemia, sua fantasia de imortalidade dá espaço à possibilidade de perda. Devido ao fato de os pais investirem amor no filho, alimentando o desejo de lhe garantir tudo que um dia não obtiveram, o diagnóstico de leucemia é desesperador, o medo de perdê-lo e a compreensão do sofrimento que o bebê vai vivenciar faz com que os pais “caiam” em desespero, porém a saída é a aceitação do tratamento, que é o único meio de ultrapassar essa dolorosa experiência. A fantasia até então alimentada pela mãe, que acompanha seu filho, dá espaço ao processo de luto, pois a realidade do diagnóstico a faz perceber o novo dado de realidade. A mãe precisa passar pelo processo de luto para ter condições de auxiliar o bebê em seu tratamento, possibilitando a ressignificação da experiência, assim fantasiando o que pode ser vivido após essa fase.

A mãe utilizará a relação mãe-bebê de forma a auxiliar no tratamento, ela exercerá a função de mãe suficientemente boa para adaptar suas necessidades, porém irão ocorrer falhas da sua parte, porque os conflitos emergirão diante dessa nova experiência. Com isso, o bebê irá perceber suas falhas e as suportará, porque vai sentir-se seguro com sua presença e assim buscará formas de se sobressair.

Sabe-se que o bebê foi investido de amor e reafirmou isso em sua relação com a mãe, por isso, por mais que as circunstâncias sejam dolorosas, seu amparo será o amor-próprio que foi investido por ela. Aos poucos, o bebê terá gestos espontâneos como forma de expressar os seus sentimentos perante o tratamento, demonstrará sua confiança e encontrará forças para ultrapassar essa experiência, porém é importante frisar

que isso só será possível a partir de sua relação com sua mãe, que será seu primeiro objeto transicional.

Mediante o que foi exposto, percebe-se que a relação mãe-bebê pode ser compreendida como objeto transicional na reabilitação do bebê diagnosticado com leucemia de faixa etária de 0 aos 2 anos de idade, devido às inferências e conclusões obtidas neste artigo. Os objetivos específicos foram atingidos no que tange à sua delimitação, o objetivo específico 1 foi construído com o propósito de descrever, na perspectiva de D. W. Winnicott, como ocorre a relação mãe-bebê vista como objeto transicional. Assim, foi explicitado o significado dessa relação para o desenvolvimento do bebê a partir das fases de dependência relativa e absoluta, pois a mãe precisa estabelecer uma sintonia com seu filho através de suas funções maternas, para que, a partir disso, a relação mãe-bebê possa emergir. Nesse mesmo processo, para Winnicott, o bebê irá eleger um objeto transicional do qual construirá um elo em que o objeto irá intermediar seus sentimentos internos com o ambiente externo. Percebe-se que a mãe também se coloca nessa função de suportar os investimentos do bebê, a fim de traduzi-los. Ela permite que ele tenha contato com o meio, percebendo que existe uma extensão dele, assim, com o tempo, o bebê compreende que a mãe está no espaço intermediário entre ele e o meio, como é com o objeto transicional exposto por Winnicott.

O objetivo específico 2 foi construído a fim de comentar o sentido atribuído à relação de uma mãe frente ao filho que foi diagnosticado com leucemia. À luz de Hanna Segal e Sigmund Freud, foi explanada a forma pela qual a mãe se relaciona com seu filho através da fantasia, os investimentos de amor que estão relacionados ao narcisismo materno, o processo de luto a partir do recebimento do diagnóstico e a maneira como a mãe

irá ressignificar tal fato, levando a crer que o sentido atribuído nessa relação frente ao diagnóstico é de medo, sofrimento, contudo, por conta do investimento narcísico, a possibilidade da ressignificação através do luto propicia a construção de uma nova percepção do fato a partir da fantasia. A mãe, então, alimentará o desejo de passar pelo tratamento e, posteriormente, propiciará tudo que um dia ansiou para o filho.

O objetivo específico 3 foi construído com a intenção de apontar a forma pela qual a mãe vai favorecer o objeto transicional no processo de reabilitação do bebê. Foi elucidado que a mãe, mesmo dedicando-se à dolorosa experiência pela qual seu bebê está passando, em alguns momentos, irá falhar nessa relação, é o que Winnicott chama de mãe suficientemente boa, pois a mãe não acertará todas as vezes. Devido à relação mãe-bebê estar alicerçada, o bebê compreenderá que a mãe falha e que ela não consegue suprir todas as suas necessidades, assim, como ele já possui uma base, encontrará uma forma de se sobressair do momento difícil. A mãe, mesmo falhando em alguns momentos, estará ao lado do bebê para auxiliá-lo, favorecendo o objeto transicional do bebê. Dessa forma, ele terá o sentimento de que é amado, por conta de todo investimento da mãe, e expressará seu gesto espontâneo em brincadeiras e desenhos, por exemplo, confiando que está seguro, pois seu objeto de amor, mesmo falhando, está ao seu lado.

Muitas outras contextualizações podem ser levantadas a partir das que aqui estão delineadas. Espera-se que este trabalho possa despertar o interesse para novas investigações sobre a relação mãe-bebê vista como objeto transicional, seja no aspecto do diagnóstico de leucemia, seja em outras circunstâncias. Este tema pode derivar, ainda, outras pesquisas, as falhas da mãe no tratamento do bebê e seus reflexos, por exemplo.

REFERÊNCIAS

BARROS, C. F. P; ARRUDA, A. M. S. Afetos e representações sociais: contribuições de um diálogo transdisciplinar. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, Brasília: vol. 26, n.2, jun. 2010. p. 351-360. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a17v26n2.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BORSA, J. C. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. **Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre: n. 02, abr/mai/jun. 2007. p. 310-320. Disponível em: <<https://www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php>>. Acesso em: 21 set. 2015.

CAMPOS, L. F. D. L. **Métodos e técnicas em psicologia**. 4 ed. Campinas: Alínea, 2008.

FREUD, S. **Introdução ao narcisismo: ensaio de metapsicologia e outros textos** (1914-1916). Tradução e notas de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2014** [online]. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 21 set. 2015.

LIMA, T. C. S; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, Florianópolis: v. 10, n. esp., 2007. p. 37-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

NASIO, J. D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

NASCIMENTO, C. A. D. et al. O câncer infantil (leucemia): significações de algumas vivências maternas. **Revista Rene**, Fortaleza: vol. 10, n. 02, abr/jun. 2009. p. 149-157. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_16.html>. Acesso em: 24 ago. 2015.

SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein**. Tradução de Júlio Castañon. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. **O brincar & a realidade**. Coleção psicologia psicanálise. Tradução de Tavistock Publications Ltda. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

CAPÍTULO 6

INTERFACES ENTRE ABORTO E LEGISLAÇÃO EM DIREITO E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NO BRASIL: SITUAÇÃO ATUAL E TENTATIVAS DE RETROCESSO

Silvia Helena Bastos de Paula

Regina Figueiredo

José Ruben de Alcântara Bonfim

Lídia Andrade Lourinho

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

Distribuição Proibida
EdUECE

Introdução

A saúde mental tem se focado no contexto biopsicossocial no qual o sujeito está envolvido. No trato com as questões de gênero não é diferente, sendo imprescindível que todos os profissionais de saúde tenham cuidado e informações necessárias sobre os transtornos psíquicos relacionados ao ciclo reprodutivo (RENNÓ JR *et al.*, 2012). Entre os grandes desafios para a saúde mental na interface com a saúde sexual e reprodutiva, está a violência de gênero em suas diversas expressões, a gravidez não planejada e não desejada, o aborto e suas implicações ideológicas, morais, de religião e políticas que historicamente oprimem e estabelecem controles na sexualidade e no corpo feminino.

Apesar do árduo percurso de conquista dos direitos sexuais e reprodutivos no plano internacional e nacional, a ameaça ao direito à saúde nesta área se mantém constante no Brasil.

Não é incomum verificar iniciativas para deter o acesso a esses direitos ou, mesmo, tentativas de revertê-los. Hoje a legislação só permite a interrupção da gravidez em três situações: risco de morte da mãe relacionado com o decurso da gravidez; **grávidas** vítimas de estupro; e fetos anencéfalos (DINIZ, 2004). Nos outros casos, a pena para a mulher que fizer o aborto é de até três anos e para o médico que realizar o procedimento até quatro anos de reclusão (Centro de Documentação Análise Política de Saúde, 2017).

Além das discussões sobre aborto legal e obstáculos de acesso ao aborto seguro, identificou-se no país o aumento e a relação entre nascimentos de crianças com microcefalia e a epidemia provocada pelo vírus de zica (OPAS, 2016.), situação que traz seus desafios e demandas políticas relacionadas à prevenção, informação, educação sexual, acesso aos métodos contraceptivos, diagnósticos precisos, pesquisa, custeio para progredir na elaboração de métodos imunizantes (HARRIS *et al.*, 2011).

A infecção pelo vírus da zica pode ocorrer em qualquer momento da gravidez com ou sem manifestações clínicas, e o diagnóstico clínico é difícil em relação a dengue e chicungunha, o que requer diagnóstico de laboratório. Autorizar a interrupção da gravidez por causa de possíveis graves danos ao feto garante as mulheres o livre exercício de seus direitos reprodutivos sem imposição estatal do aborto ou prática eugênica (PRATA *et al.*, 2018).

Direitos, Igualdade e Gênero

As tradições jurídicas latina e saxônica inspiraram as bases doutrinárias e os princípios gerais das ordenações jurídicas da maioria dos países do Ocidente. Os aspectos legais ou normativos de sociedades, como elementos integrantes da organi-

zação social e cultural, influem na noção de direito que rege a vida de cada povo e de cada civilização. No mundo ocidental, o sistema jurídico tem principalmente por base: o direito romano, o germânico ou anglo-saxão e o canônico (WOLKMER, 2001).

No direito romano, a ênfase é a razão e o dever com o Estado; a cidadania *é vista como a* mais alta qualidade de um homem, não importando sua conduta nas funções de marido, pai ou membro de família. Os direitos e deveres civis são, assim, colocados acima dos valores morais e humanos. O direito germânico, em seu turno, dava ênfase aos aspectos das necessidades individuais e à resolução de cada caso em si, de forma a valorizar a dignidade humana, autonomia pessoal e a liberdade individual. Enaltecia-se a defesa da família ou da tribo, a valentia e a força, característicos do modo de vida das tribos da Germânia bárbara, o que diferia dos valores defendidos pelo direito da Roma clássica, cujo fundamento era o de que o inferior deveria ser submetido ao superior, o indivíduo ao Estado e o particular à regra geral. O direito canônico apresenta aspectos de universalidade e teve muitas ligações com o direito romano tendo influído no direito romano pela conversão de vários soberanos ao cristianismo (Constantino no século III e Justiniano no século V). No sistema jurídico romano-canônico a principal fonte do direito é a Lei, portanto, os legisladores representam as forças que definem os direitos e sua forma (WOLKMER, 2001; GUSMÃO, 2001; GONZALES, 2009).

No Brasil, tal como na tradição romana, foram considerados cidadãos inicialmente os indivíduos masculinos e de posses. O direito das mulheres alfabetizadas à cidadania, através da igual participação com o exercício do voto a representantes, só foi instituído em 1932, durante o governo Getúlio Vargas, diante de grande pressão de feministas filhas

de famílias de elite das capitais brasileiras. Já a grande parte da população brasileira, só adquiriu o direito de participar das escolhas políticas em 1985, com a instauração do direito de voto para analfabetos, revogando a proibição existente desde 1881. Assim, é recente a universalidade do voto no país, ampliando o conceito de cidadania a todos os adultos (acima de 18 anos) de qualquer condição social e falta de instrução. Adolescentes só foram integrados como sujeitos políticos na Constituição de 1988, que facultou o voto entre 16 e 18 anos.

Tal origem na estrutura patriarcal do campo do direito está registrada e refletida na construção de boa parte das legislações do país. No antigo Código Civil Brasileiro de 1916 verifica-se claramente a adoção da antiga cultura de gênero, na orientação de vários direitos familiares – fato que perdurou até a elaboração de novo código civil em 2002 (BRASIL, 2002).

Segundo Pimentel e Pandjarian (*s/d*), a discriminação de gênero no direito ocorre quando se atribui uma diferença entre mulheres e homens no trato e concessão de direitos, baseando-se numa “naturalidade biológica” de padrões de comportamento e papéis estereotipados definidos como feminino ou masculino. O Código Civil anterior torna explícita exatamente essa situação, designando mulheres (tal como os filhos) como “bens familiares”, o que dava permissão à violência doméstica, entre outras coisas. Essa situação só foi revertida com o novo código de 2002 e com a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), (BRASIL, 2006) – esta especificamente focando a violência de gênero contra a mulher.

Da mesma forma, o Código Penal de 1940 (BRASIL, 1940), retrata a discriminação de gênero, ao caracterizar a mulher de “honrada”, de “boa família”, “digna”, ao orientar a consideração de crimes e penas, como, por exemplo, relativos

à violência sexual. Essa orientação cultural a respeito das mulheres está muito mais direcionada a se pensar a proteção da “honra” da família ante a maculação do corpo feminino, uma vez que casos de estupro, por exemplo, podem ser resolvidos com a oferta de casamento pelo agressor, do que em garantir o direito do indivíduo mulher ao próprio corpo, ou seja, a proteger-se da agressão, tendo direito de não ser agredida e de exigir a punição de quem tentar ou fizer. A um tempo, observa-se que o termo estupro adotado não pode ser impingido a eventos de agressão ao sexo masculino, nem a garotos crianças e adolescentes, nem a homossexuais, configurando-se apenas pelo contato vaginal, demonstrando claramente que o princípio familiar está em primeiro lugar, adiante da ideia de um direito sexual de exercício livre e decisão de cada um sobre sua sexualidade (BRASIL, 2005).

Assim, somente o Código Civil de 2002 (BRASIL, 2002) e as emendas feitas em 2005 no Código penal (BRASIL, 2005) estabeleceram a igualdade entre todos os cidadãos, perante as leis, sem distinção de sexo, raça e religião ou condição social conforme a Constituição em vigor promulgada em 1988 (BRASIL, 1988) retirando teores, expressões e tratos discriminatórios e igualando o acesso às legislações e designações penais. Esse princípio de igualdade foi fundamento para se determinar uma série de políticas de saúde que tiveram início na instituição de direitos reprodutivos, incorporados como direitos humanos pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU, 1975), e reiterados na Conferência de População e Desenvolvimento, Cairo em 1994 e na IV Conferência Internacional da Mulher, Pequim, em 1995. Ressalte-se que a I Conferência Nacional de Saúde e Direitos das Mulheres (BRASIL, 1987a) realizada em Brasília, em 1986, já ampliava as noções dos direitos das mulheres e da reprodução humana.

Direitos sexuais e reprodutivos no Brasil

No país, o percurso de conquistas em saúde e direitos sexuais e reprodutivos foi obtido inicialmente pela inclusão de direitos de assistência à saúde das mulheres, sob o aspecto de direitos reprodutivos e, posteriormente, com a inclusão de reivindicações de outros movimentos sociais, de homossexuais masculinos e femininos e de luta contra a aids que incorporaram a questão dos direitos sexuais nas políticas públicas de saúde (FIGUEIREDO & BASTOS, 2009).

De acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto, (DINIZ *et al*, 2017), mais de uma em cada cinco brasileiras até os 40 anos já teve um aborto; e a maior frequência do último aborto ocorre entre os 12 e 19 anos (29%) e 20 a 24 anos (28%); cerca de 80% delas têm religião, em geral católica ou evangélica; 64% são casadas e 81% já são mães. Estima-se que no Brasil em 2015 houve 416 mil abortos, situação que faz mais da metade recorrerem ao sistema de saúde em busca de internação em hospital por conta de complicações pós-abortamento inseguro.

Apesar dos avanços sociais e no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no Brasil o aborto só é permitido, conforme Código Penal (BRASIL, 1940), em situação de estupro ou risco de vida da mulher grávida, mas desde 2012 situações que envolvem anencefalia e/ou comprovada impossibilidade de vida extrauterina do feto também se constitui como exceções para a efetivação na prática de um aborto por não serem mais considerado crime. O grande número de aborto ilegal, portanto, retrata não apenas a dificuldade de acesso ou não adesão a contraceptivos de uso regular, mas também a falta de acesso induz à contracepção de emergência (BASTOS *et al*, 2009) e existe impossibilidade de realização de aborto farmacológico e seguro em serviços de saúde para situações onde não se deseja a gravidez.

Durante a década de 1980, o processo de democratização do Estado, com a queda do regime militar (1964-1985) demarcou as conquistas dos direitos à saúde. Junto de conquistas democráticas, somaram-se reivindicações políticas do Movimento de Reforma Sanitária expressas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1987b), que propunha um novo modelo de saúde para o país. Isso resultou na recomendação de criação do SUS – Sistema Único de Saúde – no artigo 197 da Constituição Federal do Brasil em 1988 (BRASIL, 1988), que outorga ao Estado a obrigação de instituir e gerir um sistema de saúde universal, equânime e integral, configurando a intenção de oferta de prevenção e cuidado em saúde plena indistintamente para todos os cidadãos.

Após a Constituição, em 1990, foi criado o SUS, pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990. Este momento se organiza em meio às reivindicações feministas e do movimento de mulheres internacional dos quais brasileiras faziam parte, e incluiu concepções da “Década da Mulher” de 1976 a 1985, proclamada pela Organização das Nações Unidas. Por isso o SUS integra em sua legislação a oferta de serviços e ações de saúde capazes de atender, de forma integral, a assistência à mulher em todas as fases de seu ciclo vital, buscando desenvolver o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1983), projetado em 1982. Segue assim as resoluções de incluir na atenção à mulher a abrangência não apenas da saúde materno-infantil e reprodutiva, mas também especificações além da gravidez e do parto, e da sexualidade e, portanto, a saúde sexual e reprodutiva deste público.

Esse novo enfoque, então denominado saúde reprodutiva, orienta a atenção de modo completo, incluindo o contexto social, psicológico e emocional em determinado contexto

biopsicossocial (OSIS, 1998), incorporando o conceito de promoção da saúde como política pública tal como recomendado na Conferência Internacional de Alma Ata (UNICEF/OMS, 1978) também discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O direito à saúde, assegurado na Constituição de 1988, inaugura um campo interdisciplinar de execução de políticas, e de estudos que pautam práticas de saúde, além de normas jurídicas que definem os meios de concretizá-las. Entre essas normas e estudos, o tema de direitos sexuais e reprodutivos se faz constante e foi reforçado pelo fato de a década de 1980 registrar os primeiros casos de aids no Brasil, reconfigurando a abordagem de saúde pautada agora na cidadania, também como promoção da autonomia e direitos individuais de sujeitos envolvidos na saúde, não mais como objetos de cuidado, mas também como participantes da atenção (BASTOS DE PAULA *et al*, 2009).

O movimento de luta contra a aids e a atuação do movimento de homossexuais teve importante influência na discussão de direitos sexuais e reprodutivos no país, garantindo conquistas que se refletiram não apenas na universalidade do acesso a preservativos e a tratamento e acompanhamento de afetados por HIV, gratuitos, mas também na proposição de várias mudanças legislativas quanto aos direitos de minorias sexuais (FIGUEIREDO & BASTOS, 2009; PILECCO *et al*, 2011).

Aproximando-se do ano final instituído para a meta “Plano Saúde Para Todos no Ano 2000” (WHO, 1997), as providências relativas à proposta de equidade da saúde das mulheres tiveram que ser rapidamente postas em prática no Brasil. A Atenção Primária de Saúde, no país denominada Atenção Básica, foi a base para implantação das mudanças propostas na saúde, que passaram a focar, na atenção à mulher, um cuidado mais amplo com a saúde ginecológica e disponibilidade de pla-

nejamento familiar, que passa a ser ofertado com a dispensa de métodos contraceptivos via rede pública de saúde que estava se constituindo.

Cabe ressaltar que todas essas mudanças não foram aceitas de pronto por vários setores sociais, envolvendo polêmicas e, muitas vezes, disputas no campo político. A posição da Igreja Católica defendendo a feminilidade e a função das mulheres na maternidade foi determinante no Brasil até os anos 1960 (FIGUEIREDO, 2004). Também o empenho com relação à prevenção da gravidez por meios artificiais contra a introdução de pílulas anticoncepcionais na década de 1960, e depois, também durante o início de sua distribuição no país na década de 1970. Os argumentos utilizados pela Igreja para postar-se contra esses contraceptivos mencionam até a atitude “controlista” de governos com relação às populações pobres (PEDRO, 2003).

Apesar de a Constituição Federal ter garantido a posição do setor progressista dos movimentos sociais, salientando o Planejamento Familiar como um “direito de livre escolha dos casais” e atribuindo ao Estado a responsabilidade de sua oferta junto da população, a introdução de disponibilidade do dispositivo intrauterino (DIU) na rede pública na década de 1980 teve forte oposição. Tanto de católicos (KLEBIS, 2002) quanto de neopentecostais (FERREIRA, 2007) que acusam o efeito abortivo do DIU e, portanto, a possibilidade deste infringir a legislação brasileira.

Novamente na década de 1990, como a inclusão da oferta gratuita de laqueadura tubária e vasectomia na rede pública de saúde brasileira, determinada pela Lei nº. 9.263/1996 de Planejamento Familiar (BRASIL, 1996), que definitivamente incorporou a orientação do direito de casais e indivíduos a dissociar a prática sexual com relação à reprodução.

As políticas de prevenção à aids, que instituíram a distribuição de preservativo masculino visando a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV, tiveram a mesma oposição, apesar de movimentos internos da própria Igreja terem permitido a criação da Comissão Nacional de DST/aids da Pastoral da Saúde (SEFFNER *et al*, 2008), que desenvolveu iniciativas de promoção à prevenção.

Também na década de 2000, ocorrem iniciativas do movimento carismático da Igreja Católica, no sentido de obstruir ou comprometer a distribuição pública e/ou venda em estabelecimentos comerciais do contraceptivo de emergência à base de levonorgestrel (FIGUEIREDO & BASTOS, 2009). Se para assuntos de contracepção os católicos atuam sozinhos, com relação a temas associados ao aborto, como a contracepção de emergência¹, os evangélicos e espíritistas somam grande reforço contra as políticas de saúde.

Lapa e Gonçalves (2009) apontam que essas ações se configuraram como interferências legislativas em diversos municípios brasileiros, que tiveram que ser barradas pelo Ministério Público que alegou sua inconstitucionalidade. A contracepção de emergência que está instituída, continua sendo ofertada em serviços públicos de atenção a vítimas de violência sexual e em serviços da atenção primária, além de poder ser adquirida em farmácias e drogarias (FIGUEIREDO, 2004).

Nas políticas de saúde brasileiras há forte intensidade de pressão da Igreja Católica, movimentos conservadores, e grupos tradicionais locais que procuram se imiscuir na saú-

1 Documento de outubro de 2010 do Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) e do Comitê de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecologia (Flasog) confirma que o levonorgestrel 1,5mg não tem ação abortifaciente. Disponível em: http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2010/Publicaciones/Posicionamiento%20CLAE_FLASOG.pdf

de e nos direitos reprodutivos via intromissão nas políticas do Estado. Esse movimento se alterna e convive com a tolerância religiosa socialmente reinante e as ações de um estado laico que no processo de democratização incorporou a participação social em suas esferas de poder.

Tentativas Atuais de Obstrução dos Direitos Conquistado em Saúde Sexual e Reprodutiva

Atualmente os partidos políticos no Brasil nitidamente ligados à religião são: PSC – Partido Social Cristão, PTC – Partido Trabalhista Cristão e PSDC – Partido Social Democrata Cristão, fundados, respectivamente, em 1990, 2001 (porém já organizado desde 1985 sob a denominação de Partido da Juventude e Partido da Reconstrução Nacional) e 1997 (organizado desde 1995 sob o nome de Partido Democrata Cristão). O Congresso Nacional conta com mais de 16 deputados federais e um senador ligados a essas três legendas.

Além disso, no Congresso, a Frente Parlamentar Evangélica (também denominada Bancada Evangélica), que une os representantes dos partidos citados com pastores e religiosos de diversos outros partidos, se estabeleceu como a terceira força política em votações legislativas, representando 14,2% da Câmara e 5% do Senado. Entre as pautas manifestamente defendidas por esta frente consta o direito à vida e sem restrições e a luta contra o aborto, além do combate ao reconhecimento de direitos de homossexuais.

Analisando os projetos atuais em trâmite na Câmara dos Deputados, percebe-se claramente os esforços de grupos conservadores, autodenominados pró-vida, interessados em intervir sobre temas ligados à saúde e direitos sexuais e repro-

dutivos, em especial, ao aborto previsto por lei – que deveria ser realizado em condição de gravidez derivada de violência sexual ou em caso de risco à vida da mãe, para anulá-lo. Considerando apenas os projetos apresentados de 2005 a 2015 na Câmara dos Deputados, tem-se, conforme Quadro 1:

Quadro 1. Projetos de Lei e proposições contra o Aborto Legal, Brasil, 2005 a 2015.

Projeto/ Ano	Autor/Partido -Estado	Conteúdo	Situação
Projeto de Lei 5364/2005	Luiz Bassuma PT - Bahia	Proíbe o aborto legal, transformando em crime a interrupção de gravidez resultante de estupro.	Arquivado e Apensado ao PL 7235/2002
Projeto de Lei 5166/2005	Hidekazu-Takayama PSC - Paraná	Torna ilegal inclusive o aborto no caso de risco à vida para a mãe e estupro, hoje permitidos.	Apensado ao PL 1459/2003 Mesa da Câmara dos Deputados (MESA)*
Projeto de Lei 7443/2006	Eduardo Cunha PMDB - Rio de Janeiro	Transforma o aborto em crime hediondo.	Apensado ao PL 4917/2002, C M u l h e r ** (14/12/2017)
Projeto de Lei 1057/2007	Henrique Afonso PT - Acre	Combate a práticas tradicionais nocivas e à proteção dos direitos fundamentais de crianças indígenas e de sociedades ditas não tradicionais.	Aguarda parecer do Senado (2015)
Projeto de Lei 1068/2007	Miguel Martini PHS - Minas Gerais	Institui o “Dia Nacional de Defesa da Vida”.	Aguardando designação de relatoria (2009)
Projeto de Decreto Legislativo 42/2007	Henrique Afonso PT - Acre	Susta a norma técnica de autorização de aborto em caso de estupro até 5 meses de gravidez.	Arquivado (2015)
Projeto de Lei 478/2007	Luiz Bassuma PT - Bahia e Miguel Martini do PHS-MG	Dispõe sobre o “Estatuto do Nascimento”.	CMulher ** (2017)
Projeto de Lei 489/2007	Odair Cunha PT - Minas Gerais	Dispõe sobre o “Estatuto do Nascimento”.	Apensado ao 478/2007

Projeto/ Ano	Autor/Partido -Estado	Conteúdo	Situação
Projeto de Lei 1763/2007	Jusmari de Oliveira PR – Bahia e Henrique Afonso PT– Acre	Dispõe sobre assistência à mãe e o filho gerado em decorrência de estupro. Em forma de ‘bolsa’.	Apensada ao PL 478/2007
Projeto de Lei 831/2007	Odair Cunha PT – Minas Gerais	Obriga hospitais que fazem aborto a orientar grávidas sobre efeitos e métodos usados no aborto	Comissão de Coordenação Permanente (CCP)*** (2012)
Projeto de Lei 2154/2007	Dr. Talmir Rodrigues PV/SP – São Paulo	Cria o código de acesso telefônico para recebimento de denúncias de abortos clandestinos.	Devolvido pela CSSF**** para CCP (2012)
Projeto de Lei 2155/2007	Dr. Talmir Rodrigues PV– São Paulo	Institui o “Dia do Nascituro”.	Arquivado (2012)
Projeto de Lei 2213/2007	Francisco Dornelles PP – Rio de Janeiro	Inclui o nascituro no rol de dependentes para dedução de Imposto de Renda de Pessoa Física.	Arquivado (2010)
Projeto de Lei 2273/2007	Dr. Talmir Rodrigues PV – São Paulo	Tipifica como crime o auxílio ou fornecimento de fornecer instrumentos e fármacos para a prática do aborto.	Devolvido pela CSSF para arquivamento (2012)
Projeto de Lei 2433/2007	Marcelo Serafim PSB - Amazonas	Tipifica o aborto ilegal como crime hediondo e aumenta a pena de detenção para a grávida que realizar ou consentir o aborto e tipifica como crime a indução ou instigação do aborto.	Retirado pelo autor.
Projeto de Lei 2690/2007	Miguel Martin PHS – Minas Gerais		Arquivado (2012)
Projeto de Lei 2504/2007	Walter Brito Neto PRB - Paraíba	Obriga o cadastramento de gestante nas unidades de saúde, ambulatórios ou hospitais públicos e particulares no momento da constatação da gravidez.	Arquivado (2012)

Projeto/ Ano	Autor/Partido -Estado	Conteúdo	Situação
Projeto de Lei 3204/2008	Miguel Martini PHS – Minas Gerais	Obriga a impressão das advertências “aborto é crime; aborto traz risco de morte à mãe; a pena de aborto provocado é de 1 a 3 anos de detenção”; nas embalagens de produtos de detecção de gravidez.	Arquivado (2012)
Projeto de Lei 3207/2008	Miguel Martini PHS – Minas Gerais	Transforma o aborto em crime hediondo.	CMulher (2017)
Projeto de Lei 3673/2008	Pompeu de Matos PDT – Rio Grande do Sul	Tipifica o aborto ilegal como crime hediondo e aumenta a pena de detenção para a grávida que realizá-lo ou consenti-lo e pena de reclusão para abortos realizados por terceiros e tipifica como crime a indução ou instigação do aborto.	Arquivado (2011)
Projeto de Lei 3183/2008	Hidekazu- Takayama PSC - Paraná	Obriga a elaboração do atestado de óbito de mulher gestante.	Apensado ao PL1614/2007
Projeto de Lei 3748/2008	Sueli Vidigal PDT – Espírito Santo	Dispõe sobre pensão para mulher que mantenha gravidez e criança nascida em decorrência de estupro.	Apensada ao PL 478/2007
Projeto de Lei 4594/2009	Pastor Pedro Ribeiro PMDB - Ceará	Dispõe sobre o sepultamento e o assentamento do óbito em caso de perdas fetais.	Arquivado (2012)
Projeto de Decreto Legislativo 2840/2010	Paes de Lira PTC - São Paulo	Susta efeito executivo do documento “Consenso de Brasília”, originado de conferência da ONU em conjunto com Secretaria de Políticas para as Mulheres	Devolvido ao autor por parecer de inconstitucionalidade. (2010)
Projeto de Lei 7022/2010	Rodovalho PP - Distrito Federal	Dispõe sobre o registro público de gravidez.	Arquivado (2012)
1. Projeto de Lei 2. 7254/2010	Marcelo Serafim PSB - Amazonas	Aumenta a pena de reclusão para o crime de aborto	Arquivado (2012)
Projeto de Lei 1545/2011	Eduardo Cunha PMDB - Rio de Janeiro	Tipifica o crime de aborto praticado por médico aqueles não previstos no Código Penal (por estupro ou risco de vida da gestante)	Aguardando parecer de Comissão de Justiça e Cidadania (CJC)*****

Projeto/ Ano	Autor/Partido -Estado	Conteúdo	Situação
Projeto de Decreto Legislativo 565/2012	Pastor Marco Feliciano PSC - São Paulo	Susta aplicação de decisão do Supremo Tribunal Federal que declara não ser crime a antecipação de parto de bebês anencéfalos, fazendo-a tornar-se crime.	Aguardando recurso de Deliberação da Mesa Diretora (2015)
Projeto de Decreto Legislativo 566/2012	Roberto de Lucena PV - São Paulo, João Campos PSDB - Goiás e Salvador Zimbaldi PDT- São Paulo	Explicita que ao aborto legal previsto no Código Penal não se aplica a antecipação terapêutica para fetos portadores de anencefalia.	Aguardando Deliberação de Recurso contra Despacho negado (2015)
Projeto de Lei 5069/2013	Eduardo Cunha PMDB - Rio Janeiro, Isaias Silvestre PSB -MG e outros	Tipifica como crime contra a vida o anúncio de meio abortivo e prevê penas para quem induz a gestante à prática do aborto.	Pautado na Comissão de Constituição
Projeto de Lei 6033/2013	Eduardo Cunha PMDB - Rio de Janeiro	Revoga a Lei 12.845 de 2013 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.	Incluído no Projeto 6022/2013
Projeto de Lei 6115/2013	Salvador Zimbaldi PDT- São Paulo E Alberto Filho PMDB - Maranhão	Exige exame de corpo de delito comprovando estupro para que o médico possa realizar aborto.	Apensado ao 1545/2011
Projeto de Lei 8816/2014	Alberto Filho PMDB -MA. Aroldo Oliveira PSD- Rio de Janeiro Aníbal Gomes PMDB- Ceará	Proteção ao nascituro	Apensado ao PL 478/2007 aguarda avaliação
Projeto de Lei 891/2015	Flavinho PSG-São Paulo	Sobre Saúde Sexual e Reprodutiva inviolabilidade do direito à vida	CSSF e apensado ao PL 833/2015

Projeto/ Ano	Autor/Partido -Estado	Conteúdo	Situação
Projeto de Emenda Constitucio- nal PEC-181	Senador Aécio Neves PSDB-Minas Gerais	Altera inciso XVIII do Art.7º. da CF sobre a licença maternidade em caso de parto prematuro e embute o conceito de vida desde a concepção.	Aprovado em Comissão Especial em 8/11/2017 Aguardando pauta

Fonte: www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/pesquisasimplificada *Mesa da Câmara dos Deputados (MESA), **Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, *** Comissão de Coordenação Permanente (CCP), ****CFSS - Comissão de Seguridade Social e Família ****(CCJC)

Além desses projetos, neste período houve um requerimento para formação de Comissão Parlamentar de Inquérito (através do REQ 1219/2011) para investigar interlocução de entidades internacionais com brasileiras pró-legalização do aborto e a solicitação de criação de uma Frente Parlamentar contra o aborto no país, ambos indeferidos. Ainda, buscando marcar posição antiaborto junto do poder Executivo, foram apresentados somente no período 2012/2013, cinco requerimentos de informação solicitando explicações de participação de membros do Ministério da Saúde em eventos, estudos e parcerias sobre legalização do aborto, consequências do aborto ilegal e discussão de estratégias de promoção ao aborto seguro: RIC 2475, 2476, 2714 e 4150 de 2012 e RIC 3136 de 2013.

Portanto, no período foram apresentados 35 projetos abordando a questão do aborto. A apresentação desses projetos geralmente está associada à inserção dos próprios legisladores em movimentos de religiões conservadoras ou pressão desses grupos sobre os eleitos, buscando deter avanços conquistados nos direitos sexuais e reprodutivos com relação ao aborto no país, principalmente na atenção ao aborto legal nos casos previstos no código penal (risco de vida da grávida e estupro), como a recente conquista de possibilidade de abortamento em

casos de anencefalia, mas também tentando conter a prestação de atenção em saúde da mulher diante de situações de aborto ilegal, que é orientada pelo Ministério da Saúde, buscando re-frear suas ocorrências por meio de propostas de fiscalização e endurecimento de penas e até de ameaças às grávidas.

Esses interesses aplicam a justificação de “defesa da vida”, argumentada por diversos grupos de religião que dão prioridade ao feto ante aos direitos, comportamentos, vontades ou emoções das mulheres em situação de gravidez não planejada. Portanto, as conquistas com relação ao aborto no Brasil e a possibilidade de ampliação rumo à legalização do aborto ir-restrito defendida pelo movimento de mulheres e setores de saúde de forma a reduzir os danos decorrentes de milhares de abortos ilegais feitos anualmente, vêm sendo objeto de intensa investida de grupos conservadores organizados para propor alterações/complementos nas legislações nacionais. A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 181, o Cavalinho das Mulheres, passou pela Comissão Especial da PEC 181 em 8/11/2017 com 18 votos a favor e um contra. Segundo a antropóloga Debora Diniz, originalmente, a PEC tinha como escopo ampliar a licença-maternidade para mães de prematuros, mas o projeto foi modificado para, caso aprovado, definir que a vida começa desde a concepção, por isso o apelido. O próximo passo da PEC é a votação no plenário. Para ser aprovada nessa fase, é necessário obter no mínimo 308 votos a favor. Esse fato revela que além de formadores de opinião, os grupos que são conservadores com relação às conquistas referentes aos direitos sexuais e reprodutivos, já avançaram politicamente, utilizando intensamente os espaços de poder para fazer valer sobre a sociedade em geral suas concepções e posições. Isso exige maior atenção, fiscalização e contra investida dos partidários dos di-

reitos sexuais e reprodutivos no Brasil e na América Latina em geral, visto que os grupos conservadores possuem muitas vezes articulações internacionais.

Considerações Finais

A questão do direito individual do cidadão está irrestritamente ligada ao direito ao próprio corpo e à autodeterminação. A discussão principal do aborto em nosso país, como se verifica por esses projetos, assim como todos os que tentam deter o avanço da autonomia e autodeterminação das mulheres, é contrária à tendência internacional de avaliação da questão sobre a ótica da Saúde Pública, não apenas quanto à mortalidade materna evitável, mas de acolhimento das mulheres que se sujeitam ao risco de abortar por causa de rejeição de uma gravidez que não estão dispostas ou aptas a aceitar. Não cabe aqui a discussão dos motivos diversos para a rejeição de uma gravidez pelas mulheres, que podem advir desde problemas sociais e econômicos, mas também referentes à situação emocional, de idade, de momento de vida profissional e de estudos e da própria parceria que deu origem a esta gravidez.

É importante considerar a situação de desigualdade das mulheres que desconhecem seus direitos, são mães, trabalhadoras e, com cada vez maior frequência, as únicas provedoras da sua prole ou que podem estar em situação de desemprego e que muitas vezes não contam com contribuição paterna no compartilhamento do cuidado e da manutenção dos filhos, pela ausência de seus parceiros. O certo é que a discriminação de gênero está nítida porque se sabe que todas as punições relativas ao aborto ou a obrigação de levar a termo uma gravidez não planejada, incluindo o cuidado com os filhos, levam ao desgaste físico e psíquico que recai sobre a mulher-mãe.

No país, o abandono paterno de um filho quando a mulher ainda está grávida não é punido, apenas há compromissos e obrigações econômicas e materiais. Nenhum homem é obrigado a utilizar preservativo nas relações sexuais; nenhum homem que teve relação sexual com parceira fixa, esporádica ou profissional tem obrigação ou responsabilidade de acompanhar o que ocorre a partir dessa relação; nenhum homem que abandona a parceira grávida ou o filho é punido por esta ação, uma vez que não há como exigir presença e afeto espontâneo. A falta de presença e afeto paterno priva e rompe o vínculo causando uma espécie de morte psíquica, e esta atitude com um filho, em geração ou gerado de uma gravidez negada, torna-se natural sendo tolerada pela sociedade como se não dissesse respeito ao homem, que ainda poderá defender-se culpando a mulher pela situação. À mulher cabe a condução da consequência da relação com prevenção ou não, e quando os métodos preventivos falham, da mesma forma que lhe cabe à consequência emocional e o ônus da gravidez provocada por um estupro. A decisão de seu futuro, o cuidado com seu corpo, os danos físicos, emocionais e sociais serão seus, mesmo que haja apoio econômico. A liberdade para decidir nesses casos é o único modo de reduzir a desigualdade e garantir o arbítrio sobre seu corpo e vida, como têm os homens.

Portanto, é preciso compreender o conjunto de influências sobre a forma como se organizou o sistema de direitos e que nenhuma lei justa e equitativa pode incidir apenas sobre um sexo, no caso, sobre a mulher, favorecendo o outro, os homens, por ocasião de sua aplicação. Essa punibilidade vai contra todos os pressupostos constitucionais das diferenças sexuais, transformando-se em desigualdade de gênero.

Referências

BASTOS, S.; BONFIM, J.R.A.; KALCKMANN, S.; FIGUEIREDO, R.; FERNANDES, M.E.L. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo. **Rev. Saúde Sociedade**. v.18, n.4, p.787-799, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/21.pdf>

BASTOS DE PAULA, SH; SILVA, A.L; BERALDI, R. Direito a autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? Em: Keinert, T.M.M; Bastos de Paula, S.H; Bonfim, J.R.A.B. (orgs). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. 233 (Série Temas em Saúde Coletiva). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/acoesjudiciais_10.pdf

BRASIL. Código Penal. Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 1983.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde 8ª. , Brasília. 1987. Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher / 8ª. Conferência Nacional de Saúde. - Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/03mar17_Relatorio_1CNSMulheres.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf 5.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Lei 9.263. Lei do Planejamento Familiar. Brasília: Congresso Federal, 12 de janeiro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm

BRASIL. **Novo Código Civil**, Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm

BRASIL. Lei nº 11.106, de 28 de março de 2005, Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11106.htm

BRASIL. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO. Análise Política de Saúde. STF analisará 1ª. Ação a favor da ampla descriminalização do aborto no Brasil. Equipe de redação em 13/03/2017. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/?id=3e2ebfdea63d1bd83bcd8e3>

DINIZ D.;MEDEIROS M.; MADEIRO M. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, Feb. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>

DINIZ, D. **Antecipação terapêutica de parto**: uma releitura bioética do aborto por anomalia fetal do Brasil. In: Diniz D, Ribeiro DC (Eds.) **Aborto por anomalia fetal**. Letras Livres, Brasília; 2004.

FERREIRA, B. V. A. **A influência das crenças religiosas na concepção e anticoncepção**: o caso da Assembleia de Deus.143f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Religião), Universidade Católica de Goiás. Goiânia; 2007. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/972>

FIGUEIREDO, R; BASTOS, S. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos: o Poder Judiciário deve garantir o acesso à contracepção de emergência. Em: Keinert TMM, Bastos de Paula SH, Bonfim JRA. **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/21.pdf>

FIGUEIREDO, R. Contracepção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, IPAS Brasil, setembro de 2004. Disponível em: http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/Nepaids/contracepo_de_emerg.pdf

GONZALES, D.C. Apontamentos sobre as semelhanças e diferenças do Direito sob a perspectiva da Common Law e do sistema ro-

manístico. **Revista CEJ**, Brasília, v. 13 n.º46, p. 71-77, 2009. Disponível em: <http://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/cej/article/viewFile/1285/1279>.

GUSMÃO, H.C.A. Da caracterização histórica do direito moderno. **Dataveni@**; v.45. abril 2001. Disponível em: http://www.datavenia.net/artigos/teoria_geral/direito_moderno.htm

HARRIS, L.H; DEBBINK, M; MARTIN, L; HASSINGER, J. Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the providers share workshop. **Sol Sci Med.**, v.73(7), p.1062-70, 2011.

KLEBIS, H. J. C. **DIU e pílula do dia seguinte: aborto permitido?** 140f. Dissertação (Mestrado em Direito), Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo. Presidente Prudente, 2002. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/73/78>

LAPA, T. S. ; GONCALVES, T. A. . Contraceção de emergência: nova pauta do judiciário. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, v. 43, p. 1-21, 2009.

ONU.ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Conferência Mundial sobre as Mulheres, na Cidade do México. Década da mulher. 1975. Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-mulheres/>. Acesso em de 5 Nov 2014.

OPAS.ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Saúde -Blog OPAS. Zika vírus: Microcefalia, sintomas e tratamentos. Disponível em: <http://www.opas.org.br/zika-virus-microcefalia-sintomas-e-tratamentos/>, 2016. Acesso em 16 de março de 2017.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saúde Publica**, v.14(1), p. 25-32, 1998.

PRATA, A.P.S.; PEDROSO, D.; MENEZES. G.; DREZETT, J.; TORRES, J.H.R.; BONFIM, J.R.A.; et al. Juridical perspectives of interruption of pregnancy with zika vírus infection regarding medical, emotional and social consequences. Disponible in: **J Hum Growth Dev**, v.28, n.1, p.77-81,2018.

PEDRO, J.A. A experiência com contracepção no Brasil: uma questão de geração. *Rev. Bras. Hist.*, v.23(45), São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882003000100010&script>.

PILECCO, F. B; KNAUTH, D. R; VIGO, A. A. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. **Cad. Saúde Pública**, v.27 n.º.3, p. 427-439, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/04.pdf>

PIMENTEL, S, PANDJIARJIAN, V. Aborto: discriminar para não discriminar. Brasília: Agende, s/d. Disponível em : <http://www.re-demulher.org.br/aborto.html>.

RENNÓ, J.R. J; DEMARQUE, R; LOBO, H.R; CAVALSAN, J.P E SILVA, A.G. Saúde mental da mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. **Revista debates em psiquiatria**, nov/dez 2012.

SEFFNER, F; SILVA, C.G.M; MAKSUD I; GARCIA, J; RIOS, L.F; NATIVIDADE, M; BORGES, P.R; PARKER, R; TETO JR, V. Respostas religiosas à aids no Brasil: impressões de pesquisa. *Urbanitas*, v.10, n. 10, p.159-180, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2862649/pdf/nihms148214.pdf>

UNICEF/OMS. Alma Ata 1978. Declaração dos Cuidados Primários de Saúde. 1978. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf.

WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for all in the 21st Century**, 1997. Annex.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/121615/1/em_rc44_10_annex_en.pdf?ua=1.

WOLKMER AC (org.). **Fundamentos de História do Direito**. 2 ed. Belo Horizonte: Del Rey; 2001.

CAPÍTULO 7

ENDOMETRIOSE, GÊNERO E SEXUALIDADE

Aline Veras Morais Brillhante

Kathiane Lustosa Augusto

Luiz Carlos Gabriele Sucupira

Ana Juarina Magalhães Veríssimo Pouchaim

Lívia Rocha Mesquita Nóbrega

Ana Maria Fontenelle Catrib

Distribuição Proibida
EdUECE

INTRODUÇÃO

A endometriose, patologia definida como a presença de glândulas endometriais e estroma fora da cavidade uterina, é uma condição que, além de ser relativamente comum, possui um elevado potencial de causar danos a vários setores da saúde e da vida das mulheres acometidas (CHAPRON et al., 2003; BALLARD et al., 2008).

A maioria das pacientes acometidas apresenta lesões superficiais. De acordo com a literatura, entretanto, 24% a 48% dos casos de endometriose podem assumir a forma infiltrativa profunda, definida como nódulos de endometriose profunda com penetração de 5 mm sob o peritônio (HUDELIST et al., 2009). A maioria dos nódulos da doença infiltrativa profunda está situada em estruturas ginecológicas, tais como ligamentos uterossacos e fundo de saco vaginal posterior.

Os principais sintomas causados pela doença infiltrativa profunda são a dor, que pode ser devastadora em algumas pacientes, e a infertilidade. São queixas típicas: dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crônica, dor ao evacuar, puxo, tenesmo, alterações urinárias e dor lombar (CHAPRON et al., 2003). A endometriose é a causa mais frequente de dispareunia profunda (NÁCUL; SPRITZER, 2010; MEANA, YITZCHAK, 2011), com risco de apresentar a queixa nove vezes maior entre as pacientes acometidas quando comparadas com a população do sexo feminino em geral (BALLARD et al., 2008). A dispareunia profunda devido à endometriose tem sido associada a lesões infiltrativas em fundo de saco de Douglas, ligamentos cardinais e uterossacos e parede anterior do reto (CHAPRON et al., 2003; FAUCONNIER, CHAPRON, 2005; FERRERO et al., 2005).

A dispareunia, por sua vez, tem sido associada comumente à atitude negativa em relação à sexualidade, gerando ansiedade e levando as pacientes a evitar relações sexuais (MEANA, YITZCHAK, 2011; JONES, JENKINSON, KENNEDY, 2004). As mulheres com dispareunia, dessa forma, possuem uma menor frequência de relações sexuais e níveis menores de desejo e excitação, além de experimentarem menos orgasmos do que as mulheres sem a doença (CHAPRON et al., 2003; BALLARD et al., 2008). No entanto, existem poucos estudos avaliando a disfunção sexual em mulheres com endometriose infiltrativa profunda (EIP).

Dessa forma, a endometriose é uma patologia capaz de comprometer a vida da mulher em vários aspectos além do meramente orgânico. Ao interferir negativamente com a sexualidade feminina, a endometriose pode comprometer seu relacionamento conjugal, sua estrutura familiar e, por conse-

guinte, causar prejuízos à sua saúde social. Associa-se a isso o próprio quadro de dor crônica, muitas vezes subvalorizado pelos seus pares e negligenciado pelos próprios profissionais de saúde, o que leva ao subdiagnóstico e ao tratamento tardio (ANDRES et al., 2014). Tais circunstâncias são causas frequentes de sofrimento psíquico imposto às mulheres portadoras desse problema.

Apesar de sua potencialidade para causar danos a todas as esferas da vida da mulher, a endometriose é uma doença de difícil levantamento epidemiológico e perfil impreciso, com relatos que variam de 2% a 21% (PODGAEC, 2015). Em parte, isso se deve ao fato de a patologia ainda ser negligenciada em diversos segmentos da sociedade (ANDRES et al., 2014), o que leva a mulher portadora a percorrer uma longa trajetória, permeada de dor física e sofrimento social e psíquico crescentes, até conseguir chegar ao diagnóstico e a obter o tratamento.

Considerando os fatores acima descritos, bem como a importância inquestionável da saúde sexual para a qualidade de vida dos indivíduos (LINDAU et al., 2010), o presente estudo objetiva compreender os efeitos da endometriose sobre a vida sexual das mulheres acometidas e analisar como as questões de gênero permeiam a assistência à saúde dessas mulheres.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de desenho crítico-interpretativo, realizada com quinze mulheres com diagnóstico de endometriose profunda, acompanhadas em um ambulatório de ginecologia de Fortaleza, no período de novembro de 2012 a outubro de 2014. Essa pesquisa faz parte de um projeto

mais abrangente, em andamento, envolvendo triangulação de métodos quantitativos e qualitativos, que pretende avaliar a repercussão do tratamento laparoscópico sob a qualidade de vida, função sexual e função reprodutiva de pacientes com endometriose.

Foram incluídas pacientes com vida sexual ativa e diagnóstico de endometriose profunda firmado após laparoscopia. Foi critério de exclusão a presença de outras patologias e não ter vida sexual no último ano. Os dados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas foram organizados e analisados segundo os princípios da análise do discurso (FAIRCLOUGH, 2003). O número de entrevistas foi guiado pela proposta de sistematização e tratamento das informações para constatação da saturação teórica (MARTINEZ-SALGADO, 2012).

As entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando-se as entonações, interjeições e interrupções, e foram codificadas com a letra E e numeradas de 1 a 15, como forma de preservar o anonimato dos participantes. As transcrições foram trabalhadas integrando os objetivos da pesquisa, as concepções teórico/conceituais e o conhecimento prévio do campo empírico. As análises do material empírico se fundamentaram na aproximação entre o pensamento de Foucault e o campo denominado Estudos Culturais, em suas vertentes pós-estruturalistas (VEIGA-NETO, 2000).

Neste estudo, entende-se a sexualidade e as relações de gênero como elaborações culturais produzidas nos acontecimentos históricos e culturais. Esse campo teórico oferece um panorama favorável para a análise do discurso, método analítico que explora os processos sociais que os discursos (re)produzem, bem como as relações de conhecimento e poder que os perpassam. Considerando que as performances de gênero(s)

relacionam-se diretamente com o poder e a ideologia que moldam a realidade social (DENZIN, 2013; BUTLER, 1990) e que toda prática social tem condições culturais ou discursivas de existência (HALL, 1997), encontramos um foco no discurso como um processo que se dá sobre a língua, com base no encontro entre uma memória – interdiscurso – e um acontecimento – o próprio movimento da produção material da vida (ORLANDI, 1994, 2002, 2009), descortinando um panorama favorável à análise do discurso – aqui utilizada segundo a escola francesa (PÊCHEUX, 1998) – que articula o linguístico ao sociohistórico e ao ideológico de Althusser, colocando a linguagem na relação com os modos de produção social. A partir dessa análise, emergiram as categorias de Análise: disfunção sexual e sofrimento psíquico; invisibilidade da dor feminina.

O estudo respeitou os princípios e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob parecer CAAE 52159515.5.0000.5050.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sofrimento Além da Dor: Disfunção Sexual e Sofrimento Psíquico

As pacientes demonstram em seus discursos que os principais sintomas da endometriose são os relacionados aos quadros algícos, com forte impacto da dispareunia, o que está em conformidade com a literatura (FAUCONNIER et al., 2002).

A dor é o pior de tudo. Eu não sou mais mulher pra nada. Não consigo trabalhar, não consigo fazer nada. E meu casamento vai já acabar. Homem não aguenta muito tempo sem sexo, mas eu não consigo. A dor é insuportável (E1).

O trecho acima foi falado por uma paciente chorosa e trêmula. Essa paciente iniciou os sintomas há 12 anos e apenas há seis meses foi feito seu diagnóstico. Durante esse período, a intensidade do quadro algico foi se tornando progressiva, passando a interferir negativamente em seus relacionamentos sociais, profissionais e pessoais. A intensidade da dor física gerou uma dor psicológica ao interferir na sua rotina e em seus relacionamentos. Ao afirmar que não é “mais mulher para nada”, a entrevistada demonstra a fragilidade interna gerada pelo problema, que a tornou incapaz de se perceber como um ser integrado e capaz de produzir algo.

É fato que as queixas de dor durante a penetração por si só já interferem negativamente com a função sexual e com a qualidade de vida das mulheres com endometriose, acarretando um substancial sofrimento psicológico e relacional (MEANA, YITZCHAK, 2011), além do impacto emocional desfavorável que exercem sobre os parceiros (FERNANDEZ et al., 2006).

No começo a gente tenta, né? Tem que tentar. Dói, mas se a gente não fizer (*sexo*), como é que fica o casamento? Te juro que eu já ia como se fosse pra força. É muito ruim! Hoje não me submeto mais. Dá não! O pobre teve foi muita paciência. Quando ele arrumou uma amante, sinceramente, pra mim foi um alívio (E2).

Acabou meu casamento! Acabou mesmo. A gente não dorme nem no mesmo quarto há 2 anos. Eu durmo com minha filha. Comecei uma vez que ela adoeceu e fiquei por lá. Não dá pra ter relações por causa da dor. E olha que eu tentei foi muito! No começo eu tentava. Mas ia acabar comigo. Eu só conseguia fazer sexo se tomasse dois copos de *whisky* (E3).

Assim como as entrevistadas 2 e 3, muitas mulheres tendem a tolerar o desconforto sexual provocado pela dispareunia por meses ou anos, sem procurar ajuda, acreditando estar atendendo às necessidades do parceiro, apesar do impacto negativo dessa condição para si própria e para o relacionamento (BOARDMAN, STOCKDALE, 2009). O distúrbio, assim, permanece sem assistência médica, podendo se tornar crônico e provocar grande sofrimento emocional (BOYER et al., 2011).

O problema é que a disfunção sexual se inicia com a dispareunia, mas termina por desencadear outros transtornos. De acordo com o modelo circular de sexualidade feminina, desenvolvido por Rosimery Basson (2002a; 2002b), a excitação sexual e o desejo sexual ocorrem simultaneamente, de modo responsivo, depois que a mulher deliberadamente escolhe experimentar estimulação sexual, sendo reforçados por experiências positivas. Desse modo, a resposta sexual seria baseada em necessidades, do tipo ganhos e recompensas. Qualquer futuro ganho pode ser uma força motivacional isolada, como também pode ser acompanhada de necessidade física ou apetite sexual espontâneo, integrando, assim, o desejo sexual responsivo e “espontâneo”. Basson afirma que prazerosa experiência física é necessária para que esta sugerida motivação não sexual conti-

nue a longo prazo. De modo contrário, experiências negativas e dolorosas geram um reforço negativo, de modo que disfunções que se iniciam na esfera física podem terminar por comprometer a esfera do desejo.

A dispareunia tem sido, dessa forma, associada a uma atitude negativa em relação à sexualidade, gerando ansiedade, que leva a paciente a evitar relações sexuais (JONES, JENKINSON, KENNEDY, 2004). As mulheres com dispareunia têm menor frequência de relações sexuais e menores níveis de desejo e excitação, além de experimentar menos orgasmos (LAUMANN et al., 1999).

Como é que tem prazer se dói? Olha, no começo, eu ainda tentava, mas era só começar a doer que eu começava a rezar pra acabar logo. Sinceramente. Não sei mais o que é ter vontade, desejo. Não sei mais nem o que é isso (E4).

Desejo? Tenho mais não. Deixei de ser mulher, minha filha. Não lembro nem se já senti prazer na vida. Essa doença destróçou minha vida, meu casamento. Destroçou minha alma (E5).

O verbo destroçar significa destruir, arruinar, dar cabo de, devastar. O termo demonstra bem a amplitude do problema psicológico e social provocado pela persistência de um distúrbio inicialmente físico. A dor física leva a um sofrimento psicológico que fragmenta o eu das mulheres acometidas, interferindo na vida social e particularmente na vida conjugal.

“Eu gritava de dor e ninguém me ouvia”: A invisibilidade da dor feminina

A construção social da saúde e da doença e o modo como estas operam na realidade cotidiana são fortemente influenciadas por aspectos culturais (FOUCAULT, 1994). No caso da endometriose, as questões de gênero influenciam diretamente no atraso ao diagnóstico, uma vez que conduzem à desqualificação da dor feminina, como ilustra a paciente E12, corroborada por E9.

Eu gritava de dor! Eu gritava e ninguém me ouvia. Aliás, fingiam que me ouviam. Eu chorei lá. Eles me tratavam como se eu estivesse fingindo. Mas eu sei a dor que eu sentia quando estava menstruada (E12).

Eu comecei a ter as cólicas ainda nova. Sempre tive, desde que menstruei com 14 anos. Eu batia na emergência toda vez com muita dor. Uma vez eu escutei um enfermeiro dizendo pro médico que eu devia ser viciada em remédio, porque todo mês eu tava lá. Eu chorei muito nesse dia. Minha dor era forte e eu tenho certeza que eles não me deram remédio nenhum, porque a dor não aliviou nada. Nunca mais voltei lá. Era do lado da minha casa, mas eu passei a pegar o ônibus e ir para um hospital mais longe pra receber remédio (E9).

A dismenorreia tem sido um sintoma historicamente ignorado e minimizado, em parte devido à própria condição de desigualdades de gênero, que culminou na invisibilidade de

algumas doenças propriamente femininas (BENTO, MOREIRA, 2014). No caso específico de um sintoma álgico, a crença culturalmente disseminada de que a mulher suporta melhor a dor do que o homem (BUDÓ, 2007) soma-se ao modo como as relações de poder organizam-se em instituições cunhadas na lógica patriarcal (ZANELLO, 2014), para produzir a violência institucional expressa nas falas.

Ressalte-se que a cultura não interfere apenas no modo como o outro percebe a nossa dor, mas também na nossa própria vivência da sensação dolorosa (BUDÓ, 2007). A mulher é educada na crença de que a dor do parto e as cólicas menstruais são dores que lhes pertencem, de modo que não suportar sua intensidade é uma ferida narcísica em algumas mulheres, como nos afirma a informante E11.

Eu sofria calada. Primeiro porque não adiantava falar. Segundo, mesmo que eu falasse, era chato pra ele (*marido*). Imagina aí, você ser casado com uma mulher que só reclama, que tem dor tempo todo e que não aguenta uma cólica? Que mulher é essa que não aguenta uma cólica? (E11)

Na concepção de Joan Scott (1995, p. 86), o gênero é o “elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos”, constituindo-se “uma forma primária de dar significado às relações de poder.” Até meados da década de setenta, o discurso acerca do papel da mulher definia a sua função social como a de ter filhos e ocupar-se do trabalho doméstico. Com as lutas feministas, que após a conquista do voto, na década de 20, retornou nos anos 70 lutando pelo direito ao trabalho, a representação social do feminino e da maternidade passou a ser questionada pelas próprias mulheres (MORGA-

DO, 2012). A efervescência cultural de 1968, o acesso aos métodos anticoncepcionais, a expansão do mercado de trabalho, o processo de modernização do país nos anos de 1970 e 1980 e o avanço do movimento feminista levaram a conquistas importantes no que tange aos direitos das mulheres (SARTI, 1988). A mulher indubitavelmente conquistou um espaço social além de mais liberdade sobre seu corpo e sobre o exercício da sexualidade, uma vez que passa a controlar sua capacidade reprodutiva, circunstância que foi crucial, inclusive, para as conquistas no âmbito do mercado de trabalho (BRILHANTE, 2016).

No entanto, tais conquistas não significam o desaparecimento dos mecanismos de diferenciação social dos sexos. A tradição é essencialmente conservação e está presente mesmo nos períodos de mudanças históricas (GADAMER, 2013). Embora as relações de gênero tenham se tornado mais maleáveis, a divisão social dos papéis de gênero permanece; ela foi apenas ressignificada. Neste contexto, a compreensão da nova economia das identidades femininas pressupõe a compreensão acerca da continuidade relativa dos papéis de gênero, onde ainda predomina a dominação masculina (BOURDIEU, 2002), que corrobora com a observação de que as relações assimétricas de gênero se organizam de tal forma que para a informante a percepção de seu esposo sobre sua dor é mais importante do que seu próprio sofrimento.

A crença de que a cólica é inerente à mulher, independentemente da sua intensidade, leva também muitas mulheres a não buscarem o diagnóstico precocemente, como no caso da informante E8.

Eu achava que era normal, que toda mulher sentia cólica. Sempre soube disso. Por isso não falava pro medico

nas consultas e nem pra enfermeira na hora da prevenção. Eu achava estranho, achava ruim que quando eu menstruava eu adoecia. Tinha até febre. Mas eu sempre fui fraca pra dor, aí achava que era culpa minha mesmo que não aguentava. Morria de medo de ter filho. Se eu não aguento uma cólica como é que eu aguentar parir (E8).

Mesmo quando a mulher reconhecia que suas dores eram incapacitantes e buscavam atendimento médico, as questões de gênero contribuíam para o não diagnóstico.

Eu falava que isso não podia ser normal. Mas os médicos diziam que era psicológico. A vez que me deu mais raiva de todas, eu nunca esqueci, eu tinha 16 anos. Fui na ginecologista com a minha mãe e a gente já estava com a ultrassom. E ela, a médica, ficava falando pra minha mãe olhando pra ela. Ela não olhava pra mim, entende? E ela ficava dizendo “olha, não tem nada nos exames, sua filha não tem nada”. Eu falava “e a minha dor é o quê?” E ela fingia que não ouvia, por que continuava falando com a minha mãe que devia ser psicológico, que a adolescência é uma fase difícil. Ela disse pra minha mãe, na minha frente que podia ser necessidade de chamar a atenção. Nessa hora eu saí Puta da vida com ela e bati a porta. E fiquei com ódio da minha mãe por que depois ela me disse que ficou com vergonha do que eu tinha feito (E15).

O histórico e recorrente desprezo à dor feminina decorrem do fato de que a própria mulher não se encontrava, até muito recentemente, na centralidade das preocupações que envolviam o direito à saúde sexual e reprodutiva. Durante muitas décadas, especialmente até a década de 90, quando se falava em saúde reprodutiva no Brasil, geralmente os estudos se restringiam à preocupação com a maternidade. Tanto que os estudos sobre endometriose apenas ganharam visibilidade devido a sua relação com a redução da fertilidade (RAMOS, SOUSA, 2016).

CONCLUSÃO

O direito à saúde tem sido historicamente marcado por instabilidades, muitas das quais relacionadas às alterações nas concepções do que seja saúde/doença, que, por sua vez, estão articuladas às condições sociais de gênero. Como exemplo dessa realidade, a endometriose, apesar de sua elevada incidência e de suas graves repercussões na vida das mulheres acometidas, ainda permanece na invisibilidade, o que contribui para o subdiagnóstico.

Quanto à função sexual, pacientes com endometriose e dispareunia profunda, em particular, as mulheres com doença infiltrativa profunda, apresentam comprometimento mais grave da função sexual do que meramente o quadro algíco. O sofrimento psíquico relacionado com o quadro algíco é por si só produtor de adoecimento. Contudo, a biologização da assistência à saúde tende a ignorar esses aspectos. Deste modo, esta pesquisa expõe lacunas existentes na assistência às mulheres com endometriose e abrem espaço para pesquisas mais amplas que visem à melhoria da rede de atenção.

REFERÊNCIA

ANDRES, M. P.; PODGAEC, S.; CARREIRO, K. B.; BARACAT, E. C. Endometriosis is an important cause of pelvic pain in adolescence. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.60, n.6, pp. 560-564, 2014.

BALLARD, K. D. et al. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study—Part 1. **BJOG**, v.115, p.1382–1391, 2008.

BASSON, R. Women's sexual Desire- Disordered or Misunderstood? **J Sex Marital Ther**, v. 28, Suppl 1, p. 17-28, 2002a.

BASSON, R. Are our definitions of women's Desire, arousal, and sexual pain disorders too broad and our definition of Orgasmic disorder too narrow? **J Sex Marital Ther**, v. 28, n. 4, p. 289-300, 2002b.

BOARDMAN, L. A.; STOCKDALE, C. K. Sexual pain. **Clin Obstet Gynecol**, v. 52, n. 4, p. 682-690, 2009.

BOURDIEU P. **A Dominação Masculina**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.

BOYER, S. C. et al. Management of female sexual pain disorders. **Adv Psychosom Med**, v. 31, p. 83-104, 2011.

BRILHANTE, AVM; CATRIB, AMF. A violência contra a mulher e o forró nosso de cada dia. **Fortaleza: EDUECE**. 2016. 256p.

BUDÓ, M L D et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 1, p. 36-43, 2007.

BUTLER J. **Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity**. **Nova York, Routledge**. 1990.

CHAPRON, C.; FAUCONNIER, A.; VIEIRA, M.; BARAKAT, H.; DOUSSET, B.; PANSINI, V.; VACHER-LAVENU, M. C.; DUBUISSON, J. B. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. **Hum Reprod**, v.18, p.157–61, 2003.

DENZIN N. **Performance ethnography: Critical pedagogy and the politics of culture**. **Thousand Oaks, CA: Sage**; 2003.

ESKENAZI, B.; WARNER, M. L. Epidemiology of endometriosis. **Obstet Gynecol Clin North Am**, v. 24, p. 235–258, 1997.

FAIRCLOUGH, N. **Analysing discourse**: Textual analysis for social research. Routledge, 2003.

FAUCONNIER, A. et al. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. **Fertil Steril**, v. 78, p. 719–726, 2002.

FERNANDEZ, I.; REID, C.; DZIURAWIEC, S. Living with endometriosis: the perspective of male partners. **J Psychosom Res**, v. 61, p. 433–438, 2006.

FERRERO, S. et al. Deep dyspareunia and sex life after laparoscopic excision of endometriosis. **Hum Reprod**, v. 22, p. 1142–1148, 2007.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método I**, 13 ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2013,631p.

HALL S. The work of representation. In: **Hall S (org.) Representation**. Cultural representation and cultural signifying practices. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage/Open University; 1997.

HUDELIST G. et al. Combination of transvaginal sonography and clinical examination for preoperative diagnosis of pelvic endometriosis. **Hum Reprod**, v. 24, p. 1018–1024, 2009.

JONES, G.; JENKINSON, C.; KENNEDY, S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, v. 25, p.123–133, 2004.

LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**, v. 281, p. 537–544, 1999.

LINDAU, S. T.; GAVRILOVA, N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. **British Medical Journal**, v. 340, 2010.

MARTINEZ-SALGADO, C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, p. 613-619, 2012.

MEANA, M.; YITZCHAK, M. B. Dyspareunia: causes and treatments. In: VERCELLINI, P. (Ed). **Gynecology in Practice**. Chronic Pelvic Pain. Oxford, UK: John Wiley, p.125–136, 2011.

MORGADO, A P D V. A mulher invisível: sentidos atribuídos à mulher e ao trabalho na gerência intermediária. 2012. Dissertação de Mestrado. **Universidade de São Paulo**. São Paulo.

NÁCUL, A P; SPRITZER, P M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, [s.l.], v. 32, n. 6, p.298-307, jun. 2010.

ORLANDI E. A análise de discurso e seus entremeios: notas para a sua história no Brasil. **Caderno de Estudos Linguísticos**. 2002; 42:21-40.

ORLANDI E. Discurso, imaginário social e conhecimento. **Em aberto**. 1994; 61(14):53-59.

ORLANDI E. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. 8 ed. Campinas, SP: Pontes; 2009.

PÊCHEUX M. Só há causa daquilo que lhe falha ou o inverno político francês: início de uma retificação. In: **Pêcheux M. Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução de Eni P. Orlandi et al. Campinas: Editora da UNICAMP, ANEXO III; 1988, p.293-307.

PODGAEC, S. **Endometriose**. Coleção Febrasgo. Elsevier Brasil, 312 p, 2015.

VEIGA-NETO A. Michel Foucault e os Estudos Culturais. In: **Costa MV. (Org.). Estudos culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS; 2000. p. 37-72.

RAMOS, E M B; SOUSA, I A de. Direito à saúde, gênero e desigualdade: uma análise inicial da (in) visibilidade da endometriose. Em: Santana, A C F; Hogemann, ERRS; Da Costa, MMM. **XXV Encontro Nacional do CONPEDI**. Florianópolis: CONPEDI, 2016. p: 226-246.

SARTI, C. A. Feminismo no Brasil: uma trajetória particular. **Cadernos de Pesquisa**, n.64, p. 38-47, 1988.

SCOTT, J W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, n. 20, v.2, p.71-100, 1995.

ZANELLO, V. Saúde mental, mulheres e conjugalidade. **Stevens C, Oliveira S, Zanello V, organizadoras. Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas**. Florianópolis: Mulheres, p. 108-18, 2014.

CAPÍTULO 8

A EXPERIÊNCIA VIVIDA DA MATERNIDADE NA CONTEMPORANEIDADE

Luiza Camila Holanda de Matos
Anna Karynne Melo
Georges Daniel Janja Bloc Boris
Christina César Praça Brasil
Maxmíria Holanda Batista
André Barata

Distribuição Proibida
EdUECE

INTRODUÇÃO

Construir uma compreensão do que significa ser mãe na contemporaneidade é, primeiramente, perceber os aspectos que constituem a família contemporânea. Kehl (2003) aponta que a família brasileira não é mais aquela padronizada e idealizada, a qual estava atrelada “às necessidades da sociedade burguesa, emergente em meados do século XIX” (p. 205). Essa família burguesa é descrita por Scott (2013), na obra *Nova História das Mulheres no Brasil*, que destaca o estabelecimento da “família conjugal moderna” no final do século XIX:

o amor romântico, pelo menos em termos ideais, ganhou maior relevância dentro do casamento reconhecido pelo Estado e pela Igreja. O próprio discurso de médicos e higienistas chegava a criticar a separação entre

“sexo e amor”, advogando a integração de ambos no matrimônio como a forma mais saudável e moralmente recomendável de relacionamento [...] (SCOTT, 2013, p. 17).

Desse ninho afetivo que abarca marido, esposa e filhos, nasceu a moderna família nuclear. Ela se fechou e se voltou para si mesma, protegendo-se da intromissão da grande sociedade e fomentando a criação do mito do amor materno (BADINTER, 1980). Associou-se o advento dessa nova família moderna às exigências do surgimento de uma nova mulher, que, para tal papel, teve que se constituir como mãe dedicada e esposa afetiva. Caracterizou-se, portanto, uma separação de gênero entre as esferas do público e do privado. A mulher, liberada do trabalho produtivo, tornou-se a *rainha do lar*, configurando o mundo privado como feminino e tornando o espaço público de domínio masculino. Ou seja, a família conjugal moderna mudou de configuração, mas manteve a hierarquia que impõe à mulher ser subalterna e dependente do marido, o homem público, que naturaliza suas práticas e ideologias no imaginário social (MURARO; PUPPIN, 2001; PINSKY; PEDRO, 2013; BOTTON et al., 2015).

O mito do amor materno (BADINTER, 1980), deste modo, pode ser caracterizado como um mecanismo associado a uma tecnologia de gênero que promove a ideia da manutenção de processos que lidam com a subjetivação da mulher na elaboração social das diferenças entre os sexos e da relação histórico-social da mulher com a maternidade. Assim, os instrumentos de intervenção de tal mito constroem um discurso sociocultural determinado que declara, como único ou prioritário projeto de vida da mulher, a geração e a criação de filhos equilibrados e saudáveis, sendo esta sua responsabilidade

como mãe, não considerando as especificidades individuais e sociais de cada uma.

Apesar de sofrer as pressões dos dispositivos de controle que se interessam em restringir a mulher ao espaço privado do lar e da maternidade, o século XX configurou-se como um período de intensas transformações relativas ao papel da mulher. Nesse contexto, Borsa e Feil (2008) consideram, também, “a ascensão profissional da mulher, o divórcio, entre outros” (p. 6) como contribuintes do declínio do modelo tradicional da família. Assim, a economia é apontada como um dispositivo que tratou de reconfigurar o papel da mulher. O processo de industrialização produziu complexa desigualdade social, distanciando realidades e dificultando, na prática, a homogeneidade dos valores burgueses.

Dessa maneira, a demanda econômica levou a mulher a ganhar espaço de trabalho fora do lar, fazendo-a compor o que Scavone (2001) denominou de lógica da dupla responsabilidade, tornando a mulher, além de mãe, operária. A crítica feminista contribuiu para a reflexão acerca da escolha da maternidade pela mulher, pois problematiza o fenômeno a partir de sua conscientização social e política. Simone de Beauvoir (1970), filósofa e escritora francesa, em seu livro *O Segundo Sexo*, em 1949, introduziu as ideias fundamentais para as lutas feministas. Negava o determinismo biológico e o destino divino da maternidade, iniciando uma teorização que deu continuidade à problematização de sua função, bem como discutindo temas como a liberação sexual e as práticas da contracepção e do aborto.

Borsa e Feil (2006) constatam que não há mais um discurso único acerca da família, mas referências às suas diversas configurações. Da mesma forma, “a experiência da maternidade na sociedade brasileira está em processo de mudança,

segundo o padrão do tamanho de família vigente nas sociedades industriais avançadas (proles reduzidas e maior flexibilidade na escolha)” (SCAVONE, 2001, p. 55). Assim, surge a discussão sobre a relação paradoxal de um passado idealizado da família nuclear burguesa diante das novas modalidades de família contemporânea. Kehl (2003) adota o conceito de família tentacular contemporânea, descrevendo-a como “menos endogâmica e mais arejada que a família estável no padrão oitocentista. Traz em seu desenho irregular marcas de sonhos frustrados, projetos abandonados e retomados, esperança de felicidade das quais os filhos, se tiverem sorte, continuarão a ser portadores” (p. 207).

A partir de tal compreensão, a contemporaneidade é marcada pelo abandono de uma sustentação numa perspectiva convencional de uma sociedade pautada pela divisão social do trabalho, constituída com base biológica, que destina ao homem o espaço público e à mulher o espaço privado, o que nos permite conceber o gênero como uma vinculação política na qual se estabelecem relações de poder. Assim, a mulher sofre os efeitos de relações específicas de poder de acordo com a época, o contexto e a camada social em que vive, o que comprova a concepção de que não há essência feminina nem masculina, permitindo concluir que tais nomeações se tratam de atos performáticos.

No processo de se tornar mãe, a mulher ainda se depara com discursos que organizam o dispositivo da maternidade e que são sustentados em normas constituídas por heranças que, atualmente, se fortalecem e se tornam mais complexas devido às demandas contemporâneas que a mulher sofre, intensificando seus efeitos (AMAZONAS; VIEIRA; PINTO, 2011).

Diante do exposto, surgiu em nós uma inquietação que diz respeito à compreensão da experiência vivida da materni-

dade como entrelaçamento da mulher com o mundo na contemporaneidade, possibilitando a manifestação de novos sentidos dessa experiência.

Para construir tal compreensão, propomos o abandono do pensamento dicotômico de mundo natural *versus* mundo cultural para perceber o homem e o mundo em mútua constituição. Elegemos a proposta da fenomenologia mundana de Maurice Merleau-Ponty (1994/2011) para compreender o homem e o mundo a partir de sua facticidade, do que surge e do que leva o homem a atuar, apontando a experiência vivida como expressão primeira. Assumimos, assim, com Merleau-Ponty, a não separação de interior e exterior, mas sua existência ambígua numa constituição mútua homem-mundo, sempre em movimento e, portanto, incompleta.

A fenomenologia da ambiguidade de Merleau-Ponty (1964/2009) desenvolve a concepção de um homem com múltiplos contornos e em constante movimento dialético, priorizando o significado do seu mundo vivido (*Lebenswelt*). Compreender o pensamento de Merleau-Ponty é compreender o *Lebenswelt*, o mundo vivido. É buscar seu significado na totalidade, no entrelaçamento da experiência objetiva com a subjetiva, na simultaneidade, daí seu caráter ambíguo. Assim, é deste modo que pretendemos compreender e discutir a experiência vivida da maternidade na contemporaneidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório qualitativo por meio do método fenomenológico, o qual compreende o homem e o mundo a partir da experiência vivida em constante movimen-

to dialético. A partir da concepção de um homem com múltiplos contornos da fenomenologia mundana de Merleau-Ponty (1994/2011), buscou-se explorar de maneira compreensiva a experiência vivida da maternidade no contexto contemporâneo.

Amatuzzi (2009) elenca os passos de uma pesquisa psicológica realizada em conformidade com o referido método. Para tanto, propõe uma sequência de sete momentos:

- 1) A delimitação do objeto a ser estudado no campo da experiência e o tipo de olhar sobre tal objeto;
- 2) O encontro concreto com o fenômeno em sua alteridade: ir à campo;
- 3) A análise do material gerado por tal encontro;
- 4) A busca dos eixos de significados de todo o material coletado;
- 5) A articulação de tais eixos em um texto unificado e consistente;
- 6) A construção de uma interpretação mais abrangente do fenômeno: a conclusão; e
- 7) A comunicação da pesquisa.

O instrumento utilizado foi a entrevista, com o intuito de que as mulheres participantes da pesquisa elaborassem uma descrição da sua experiência vivida. Baseada em Amatuzzi (1993), Moreira (2004) descreve as características específicas da entrevista como instrumento da pesquisa fenomenológica: “trata-se de uma entrevista semiestruturada, pautada em uma pergunta norteadora, ou ‘disparadora’” (p. 450). As entrevistas, após serem gravadas, são transcritas em sua totalidade, gerando um texto nativo. Ressalta a importância de o entrevistador realizar as transcrições, pois possibilita que o texto nativo contenha, não apenas a fala verbal, mas, também, o discurso não verbal: “parte-se do pressuposto de que o sujeito-colaborador

está disposto a colaborar com o pesquisador, contribuindo para que este possa compreender um pouco melhor o fenômeno que quer estudar” (MOREIRA, 2004, p. 450).

As participantes da pesquisa foram três mulheres casadas, com filhos ainda dependentes, que escolheram não trabalhar, ou seja, que se dedicavam exclusivamente à maternidade, encontrando-se na faixa etária dos 20 aos 50 anos e sendo identificadas por meio dos nomes fictícios Maria, Isabel e Letícia. Os critérios de eleição das participantes foram: ter filhos dependentes e terem escolhido não trabalhar para cuidar integralmente do(s) filho(s).

Utilizamos a técnica de *snowball* (bola de neve) como recurso facilitador da captação das participantes da pesquisa e da realização de suas entrevistas. Esta técnica pressupõe que, após a solicitação das entrevistas, a atitude dos primeiros entrevistados seja indicar novos participantes que possam oferecer informações de interesse para a pesquisa (BALDIN; MUNHOZ, 2011; DEWES, 2013).

Para a análise dos resultados, Moreira (2004) aponta passos que se configuram em uma pesquisa fenomenológica mundana, ressaltando a importância do fenômeno e do lugar do pesquisador que vivencia a sua própria mundaneidade. Assim, identifica características universais e singulares para a construção de etapas que respeitem as peculiaridades desse modelo de pesquisa, o qual indica três passos:

- 1) divisão do texto nativo em movimentos;
- 2) análise descritiva do significado emergente dos movimentos: criação de categorias a partir de tais movimentos; e
- 3) “sair dos parênteses”, concentrando-se nos significados relacionados à hipótese - neste caso, a maternidade integral, e a articulação teórica como ferramenta crítica na pesquisa.

Moreira (2004) destaca, também, a importância de dois aspectos essenciais para a análise dos resultados da pesquisa: o primeiro é marcado pelo caráter dialético do pensamento do pesquisador, descartando verdades absolutas e o acesso a uma pretensa essência do fenômeno – na verdade, inexistente ou caracterizada pela multiplicidade –, e buscando sempre o significado da experiência vivida dos entrevistados; o segundo refere-se à redução fenomenológica – caracterizada pela atitude do pesquisador de “suspender” ideias, suspeitas e hipóteses – e à necessidade de o pesquisador estar aberto a qualquer tipo de conteúdo ou tema que possa emergir da pesquisa, favorecendo o surgimento de resultados novos e imprevistos.

A presente pesquisa está de acordo com os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo uma produção do projeto de pesquisa “Fenomenologia e Relações de Gênero”, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob o parecer nº 167/2008. Ressalta-se que este capítulo constitui um recorte do trabalho desenvolvido a partir desse projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a transcrição e a imersão nas falas das entrevistadas a partir da redução fenomenológica, elencamos os temas emergentes e os organizamos em duas categorias, que foram analisadas conforme o objeto de estudo – a experiência vivida da maternidade na contemporaneidade – que será discutido a seguir.

1.1 Escolher entre Trabalho e Filhos:

Apesar de atribuírem ao trabalho um significado mais do que financeiro, funcionando como realização pessoal, as participantes da pesquisa apontam os conflitos surgidos entre a administração do ofício e as demandas familiares que as levaram a questionar a importância da vida laboral. Tais conflitos geraram sentimento de culpa, atrelado às lembranças da distância dos filhos e ao medo de que outras pessoas, como a avó e a babá, as substituíssem em seus papéis de mães.

Outro aspecto relevante foi o desconforto despertado por situações como: chegarem a casa e os filhos já estarem dormindo; dificuldade de conseguirem acompanhar as tarefas escolares deles; perceberem que não havia condições de que tais atividades continuassem a ser exercidas por outras pessoas; o sofrimento de terem que interromper a amamentação e de perceberem o quanto os filhos sofreram para conseguirem se alimentar sem mamar:

...de certa forma, eu estava colocando o trabalho à frente da minha família. E isso era um dos questionamentos que eu me fazia. Será que vale a pena? Eu estou, aqui na escola, cuidando dos filhos dos outros, e quem está em casa, cuidando dos meus? É muito pesado! (Maria)

Para as participantes da pesquisa, deixar de trabalhar exigiu muita certeza do que queriam devido à cobrança das pessoas. Algumas delas apontaram a necessidade de aceitar a ideia do marido de ser o único provedor financeiro da família:

*...abandonar tudo! Mas isso não me...
Engraçado: nunca me abalou, nunca tive essa sensação de "ah, me arrependo! Ah, não era bem isso, eu poderia*

ter tentado conciliar”. O problema era comigo (Isabel).

Quando eu engravidei, eu já tinha seis anos de casada. Então, eu já vinha me preparando, há muito tempo. Ela foi planejada, bem planejada (Leticia).

Nas experiências vividas pelas mães, foi observada uma relação ambígua de assimilação e de confronto entre a presença social, por meio da qual elas apreenderam culturalmente o significado da maternidade, e suas escolhas individuais na construção do seu próprio cotidiano. Cardim (2011) aponta, na perspectiva ambígua de Merleau-Ponty (1994/2011), o sentido de estar no mundo como uma via de mão dupla: “há o movimento de mim para o mundo e o movimento do mundo para mim” (p. 163).

É neste movimento que a liberdade se manifesta de maneira a construir ações, nas quais o mundo aparece com um papel motivador por ser aberto e não determinante. Sua motivação se manifesta em uma relação de reciprocidade entre tempo (presente-passado-futuro) e espaço (aqui-ali), e permite identificar o que existe de generalidade e de individualidade, o que me mobiliza que é do mundo e o que é movimento meu, sem que estejam isolados: “isso significa dizer que damos seu sentido à história, mas não sem que ela o proponha a nós. [...] Há troca entre a existência generalizada e a existência individual, cada uma recebe e dá” (Quem disse isto? Ano? p. 603).

Assim, muito do que se apresentou nos depoimentos das mães entrevistadas evidencia uma relação de conflito em que se misturam questões reguladas por convenções culturais estabelecidas ao longo do tempo e do espaço. Tendemos a conceber a postura da mulher que fica em casa, cuidando do marido

e dos filhos, como ultrapassada, ou seja, a generalizar a ideia de que é preciso ser independente, ou de que a mulher não deve abandonar o que já construiu em relação aos estudos e à profissão, partindo do princípio de que nem sempre foi assim e que, hoje, esta é a realidade em que vivemos.

Em contraposição à existência generalizada, tendemos, na existência individual, a perceber e a vivenciar apenas os ganhos (a realização pessoal), as dificuldades nas relações de trabalho (o tempo excessivo investido), a recompensa de ver os filhos saudáveis e as dificuldades (abrir mão de outras atividades) nas relações envolvidas com a maternidade. Essas relações colocam a mulher que opta pela maternidade integral diante de elementos que são intersubjetivos e simultâneos às suas exigências. Nesse sentido, as mulheres participantes da pesquisa destacaram muito de sua experiência vivida particular, como, por exemplo, Maria, em sua fala sobre aceitar que o marido fosse o único provedor financeiro da casa, ou, ainda, Isabel, que assume não se importar com a cobrança das pessoas sobre exercer sua vida profissional, demonstrando a ambiguidade contida na liberdade de uma situação que é aberta e que as convoca a modos de resolução particulares.

Portanto, assumimos a compreensão merleau-pontyana do sujeito encarnado como aquele que correlaciona os campos fenomenal, subjetivo e histórico a partir da sua afetividade, do seu sentir na relação com o objeto. Para Merleau-Ponty (1994/2011), a existência se realiza no corpo, que se manifesta em situação: “procuremos ver como um objeto ou um ser põe-se a existir para nós pelo desejo ou pelo amor, e através disso compreenderemos melhor como objetos e seres podem em geral existir” (p. 213). Então, o papel do corpo é assegurar a metamorfose que permite transformar as ideias em coisas. Assim, a maternidade se apre-

senta como uma experiência encarnada dessas mulheres, vivenciadas sempre entre a existência pessoal e o mundo.

Merleau-Ponty trata a liberdade a partir de um lugar em relação aos outros, no qual o sujeito já se encontra instalado, reconhecendo tal lugar a partir dos acontecimentos do presente. Cardim (2011) esclarece que, para Merleau-Ponty, a liberdade é “uma espécie de engrenagem entre o particular e o universal que é o núcleo do problema” (p. 176), sendo necessário atendê-la de forma a compreender a articulação dessas duas perspectivas. Quando **eu** assumo ter em feito uma escolha, lidando com determinadas condições opostas, em termos práticos e culturais, e a **mim** impostas, podemos perceber um movimento criador, não totalmente determinado pelos condicionantes universais, nem totalmente por **minha** existência particular. Merleau-Ponty (1994/2011, p. 610) diz que “assumindo um presente, retomo e transformo meu passado, mudo seu sentido, libero-me dele, desembaraço-me dele. Mas só o faço envolvendo-me alhures.” Dessa forma, as participantes da pesquisa buscaram resolver suas questões relativas à maternidade, articulando necessidade e liberdade.

O Significado de Ser Mãe:

As mulheres entrevistadas, ao experimentar a maternidade, destacam o surgimento de importantes mudanças em suas prioridades e em seus valores:

...você descobre que você ama alguém mais do que você, que você é capaz de matar por essa pessoa sem sentir remorso nenhum. E você, de certa forma, você acaba... Parece que você se

torna mãe de toda criança que você vê. Você vai sentir isso, que, quando você vê uma criança, parece que aquela criança é sua. E você vê uma criança sofrendo, você toma partido, não tem como você ficar só olhando. Não existe isso... (Maria).

As depoentes constataram que a realização pessoal, antes advinda do trabalho, agora, estava relacionada à maternidade, vivida de maneira integral. Essa realização pessoal parece estar associada a sentimentos de responsabilidade e de orgulho, pois compreendem que estão formando uma pessoa, o que é, para elas, uma tarefa muito importante. As experiências vividas e descritas relacionadas à maternidade, como saber o que significa cada choro; a alimentação e a higiene dos filhos; assistir a filmes e desenhos animados com eles; ir à praia; fazer piquenique; ir às festinhas; contar histórias e perceber o quanto os filhos ficam felizes são consideradas momentos preciosos:

Eu acho que a forma de me realizar foi essa: eu acho que eu me senti mais mãe quando eu realmente me envolvi mais no processo como um todo, não como partes. E é isso que eu falei: por mais que as pessoas digam que o importante, mesmo em poucas horas, é a qualidade, concordo; realmente, se você só tem poucas horas, é importante que tenha qualidade, mas, para mim, eu acho que a quantidade também é importante. Então, seriam as duas coisas juntas: quantidade e qualidade (Isabel).

Com base no exposto, é possível observar que o significado da maternidade para as participantes da pesquisa é cons-

tituído a partir da relação que elas constroem com o mundo, a partir de si mesmas e do que existe e faz sentido para elas. Diante dessa percepção, elas confirmam a ideia de Merleau-Ponty (1994/2011), que afirma “que o comércio do sujeito com as coisas em torno dele só é possível se, em primeiro lugar, ele as faz existir para si mesmo, as dispõe em torno de si e as extrai de seu próprio fundo” (p. 495):

Eu fui casada seis anos, sem filho, mas parece que foi bem menos que isso. Eu só me lembro da minha vida depois da L. [a filha]. É sim: ela completa muito, ela me completa muito. Eu acho que eu nunca tive tanto prazer em trabalho nenhum como quando eu estou com ela (Letícia).

A fala de Letícia nos leva a perceber um pensamento autônomo que parte de um contato legítimo com a maternidade. Assim, o significado da maternidade é perpassado pelo que tais mulheres extraem de sua própria experiência, que é vivenciada como algo que as faz saltar para fora delas mesmas para experimentar o que não foi refletido, repercutindo no poder que assumem de serem, de perceberem e de se afirmarem como sujeitos universais. Ao mesmo tempo, essas mulheres identificam o que as diferenciam de tal universalidade, ou seja, serem mãe de todas as crianças e, ao mesmo tempo, serem mãe dos próprios filhos. Assumem, portanto, o significado da maternidade como constituinte da subjetividade e da transcendência de cada uma na relação com os filhos e com o mundo.

A partir de tal entendimento, compreendemos o significado de ser mãe articulando-o com a concepção de experiência proposta por Merleau-Ponty (1994/2011):

é preciso que de alguma maneira minha experiência me dê outrem, já que, se ela não o fizesse, eu nem mesmoalaria de solidão e nem mesmo poderia declarar outrem inacessível. O que inicialmente é dado e verdadeiro é uma reflexão aberta a um irrefletido, a retomada reflexiva do irrefletido – e, do mesmo modo, é a tensão de minha experiência em direção a um outro cuja existência no horizonte de minha vida é incontestada, mesmo quando o conhecimento que dele tenho é imperfeito (p. 482).

Dessa maneira, compreendemos a subjetividade e a historicidade dessas mães sempre em relação às suas próprias experiências, nas quais suas decisões na construção prática e diária do significado da maternidade dão sentido ao que, do seu passado se apresenta no seu presente, e como seu presente se relaciona com o seu futuro. Assim, é o sujeito que dá valor “verdadeiro” às coisas, que se engaja, ordenando pensamentos, encontrando evidências espontâneas e verificando suas certezas.

Quando Maria afirma recomendar a maternidade para todas as mulheres porque vive uma experiência muito prazerosa, acreditando que ser mãe é amar alguém mais do que a si mesma, compreendemos que tal evidência foi obtida não a partir de explicações, mas de uma confiança construída na sua própria experiência:

Na raiz de todas as nossas experiências e de todas as nossas reflexões, encontramos então um ser que se reconhece a si mesmo imediatamente, porque ele é seu saber de si e de to-

das as coisas, e que conhece sua própria existência não por constatação e como um fato dado, ou por uma inferência a partir de uma ideia de si mesmo, mas por contato direto com essa ideia. A consciência de si é o próprio ser do espírito em exercício (p. 496).

Então, o significado de ser mãe para as mulheres participantes da pesquisa reforça o que Cavalcante (2011) assinala: “o engajamento nas situações vividas e na linguagem dada deixa de ser instância confirmatória do saber de si para se tornar o ato pelo qual o sujeito se forma” (p. 76). Estando para além do fato de se reconhecerem mães por meio do que lhes é dado ou do que assimilam de sua cultura, o que percebemos nos seus depoimentos é que o significado de ser mãe está entrelaçado por tal assimilação, principalmente, a partir de suas vivências.

Isabel destaca a importância da quantidade e da qualidade do tempo passado com os filhos, ao perceber que eles se desenvolvem de forma saudável por conta da sua presença. Diz que apenas se realizou plenamente como mãe quando pôde viver o que ela chama de “todo”, não somente suas partes, vivenciando o dia a dia com eles. Dessa maneira, percebemos que o que fundamenta a sua compreensão do significado de ser mãe e que a confirma como mãe está baseado naquilo que é construído na sua experiência vivida junto aos filhos.

Portanto, compreendemos que o significado de ser mãe para as participantes está para além delas mesmas; ou seja, na sua intersubjetividade, entendendo que “a posição de outrem não me reduz à condição de objeto em seu campo, minha percepção de outrem não o reduz à condição de objeto em meu campo” (MERLEAU-PONTY, 1994/2011, p. 472). Quando Isabel argumenta que quando o seu filho chora ela tem que

saber o que significa aquele choro, pois ele não come, não se limpa nem anda sozinho, refletindo sentir uma responsabilidade muito grande; quando Maria compreende a amamentação como valiosíssima, reconhecendo o seu poder de proteção ao desenvolvimento saudável dos seus filhos; ou, ainda, quando Letícia considera que tudo passa muito rápido, gerando muitas mudanças e descobertas, tornando necessário acompanhar de perto o processo, identificamos intersubjetividades encarnadas, nas quais os filhos não são compreendidos como objetos, mas como interlocutores que constituem, junto com as mães, seres a dois. Passam a ser, assim, uns para os outros, colaboradores em reciprocidade.

Nesse sentido, concordamos com Ferraz (2006) e Cavalcante (2011), ao destacarem que descrever vivências intersubjetivas, como as que tratamos neste capítulo, é apontar as maneiras pelas quais os corpos se firmam na trama do mundo, cada qual a comprovar a existência do outro. Da mesma forma, consideramos que, apesar das transformações do significado da maternidade ao longo do tempo, ainda parece persistir, mesmo na contemporaneidade, a responsabilização das mulheres pela manutenção do lar e pelo cuidado e a educação dos filhos (PINSKY; PEDRO, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo, que contempla experiências vividas por mulheres contemporâneas ao serem exclusivamente mães, aponta para a ocorrência de conflito entre os caracteres universal e individual do significado da maternidade de forma não isolada. Para lidar com as tensões relacionadas à administração

do trabalho e à dedicação aos filhos, a escolha da maternidade integral configurou-se como um movimento que entrelaça influências do campo da generalidade, identificado com os aspectos culturais contemporâneos, que representam a mulher como alguém que deve buscar ser profissionalmente bem sucedida e financeiramente independente; com as do campo individual, identificado com os aspectos afetivos vividos no cotidiano da maternidade, a experiência de não poder realizar as atividades necessárias com os filhos e de sentir medo de que seu papel de mãe fosse substituído por outros cuidadores. Tal escolha está relacionada à liberdade das mulheres contemporâneas de atuarem no mundo de maneira ambígua, constituindo-o, ao mesmo tempo em que são constituídas por ele. Assim, a partir da sua própria experiência vivida, puderam transcender o conflito e dar novo sentido ao que vivenciavam. A experiência de serem mães em tempo integral encontrou força na sua intersubjetividade, colocando mães e filhos como colaboradores recíprocos em suas relações, oferecendo a essas mulheres uma situação que lhes proporciona empoderamento, tanto na identificação quanto na diferenciação vividas no convívio com o mundo.

Diante do exposto, esta pesquisa fenomenológica ofereceu sustentação à compreensão dessas experiências, permitindo discutir de forma crítica um material rico e elucidando em uma realidade situada, que é de interesse para os campos da Psicologia e da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATUZZI, M. M. (2009) Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estud. Psicol.** Campinas: v. 26, n. 1, p. 93-100, 2009.

AMAZONAS, M. C. L. de A.; VIEIRA, L. L. F. & PINTO, V. C. Modos de subjetivação femininos, família e trabalho. **Psicol. Cienc. Prof.** Brasília: v. 31, n. 2, p. 314-327, 2011.

BADINTER, E. **O amor conquistado: o mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BALDIN, N. & MUNHOZ, E. M. B. Snowball (Bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: X Congresso Nacional de Educação. Curitiba: **Anais do X Congresso Nacional de Educação.** PUCPR, p. 329-341, 2011.

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo.** 4. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970. Original publicado em 1949.

BORSA, J. C. & FEIL, C. F. O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão. **O Portal dos Psicólogos**, s./v., p. 1-8, 2008.

BOTTON, A. & CÚNICO, S. D. & BARCINSKI, M. & STREY, M. Os papéis parentais nas famílias: analisando aspectos transgeracionais e de gênero. **Pensando Fam.**, v. 19, n. 2, p. 43-56, 2015.

CARDIM, L. N. A ambiguidade na fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 17, n. 2, p. 227-228, 2011.

CAVALCANTE, G. L. M. O cogito tácito como fundamento da teoria do conhecimento de Merleau-Ponty. In: **Anais do VI Encontro de Pesquisa na Graduação em Filosofia da UNESP.** São Paulo: UNESP, v. 4, n. 1, p. 75-82, 2011.

DEWES, J. O. **Amostragem em bola de neve e respondent-driven sampling: uma descrição dos métodos** (Monografia em Estatística). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

FERRAZ, M. S. A. **O transcendental e o existente em Merleau-Ponty.** São Paulo: Editora Humanitas, 2006.

KEHL, M. R. Em defesa da família tentacular. In: GROENINGA, G. C. & PEREIRA, R. C. (orgs.). **Direito e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia.** Rio de Janeiro: Imago, 2003, p. 163-176.

MERLEAU-PONTY, M. **O Visível e o invisível**. São Paulo: Martins Fontes, 2009. Original publicado em 1964.

_____. **Fenomenologia da percepção**. 4. ed. São Paulo: WMF/Martins Fontes, 2011. Original publicado em 1994.

MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. Porto Alegre: **Psicol. Reflex. Crít.** v. 17, n. 3, p. 447-456, 2004.

MOREIRA, V. **Clínica humanista-fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica**. São Paulo: Annablume, 2009.

MURARO, R. M. & PUPPIN, A. B. (orgs.) **Mulher, gênero e sociedade**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/FAPERJ, 2001.

PINSKY, C. B. & PEDRO, J. M. (orgs.) **Nova história das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2013.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001.

SCOTT, J. W. História das mulheres. In: BURKE, P. (org.). **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: UNESP, p. 63-95, 1992.

CAPÍTULO 9

IGUALDADES E DIFERENÇAS NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO: FEMINISMO, INCERTEZAS E RELACIONALIDADES.

Maria do Socorro Ferreira Osterne

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como finalidade pensar o feminino contemporâneo à luz dos dilemas que acompanham a noção de igualdade e diferença. Sob o ponto de vista metodológico, recorre ao auxílio da revisão de literatura. Trata-se de uma discussão importante para a constituição da teoria social feminina. Converte para considerar que as controvérsias entre igualdade e diferença sejam uma falsa questão, haja vista se respaldar numa concepção de indivíduo abstrato distanciado da diversidade das reais empirias que alicerçam o gênero e as relações de gênero.

Pretende, portanto, reaver a discussão de alguns dos dilemas componentes do quadro de ambiguidades que assinala a história do feminismo, em seu esforço de alteridade. Sabe-se que o feminismo não é mais o que era, tampouco é mais possível defini-lo senão como um constante e profundo fenômeno de desmonte e reconstituição a produzir determinações sobre as novas formas de sociabilidade. Com efeito, antigos dilemas

teimam em continuar aparecendo exatamente por fazer parte da própria razão de ser do feminismo, como é o caso das dualidades entre igualdades e diferenças.

Aqui, quando se faz referência ao feminismo, subentende-se uma abordagem multiperspectivista desse movimento e de suas ideias além-fronteiras. Reporta-se a um feminismo globalista, mas também localista, que comporta análise relacional e conexões transdisciplinares e transnacionais.

Longe de pretender idealizar o projeto feminista, tenciona-se destacar o fato de que, mesmo a despeito das contradições que o desafiam constantemente e, apesar de suas heterogeneidades internas, este movimento, até hoje, não quebrou nem deixou enfraquecer seu ímpeto político de lutar contra a dominação e a exclusão.

Na intelecção de Costa e Schmidt (2004), a principal diferença do feminismo em relação a outros movimentos sociais encontra-se na ideia de que

[...] o feminismo contribuiu fundamentalmente para uma nova maneira de se encarar as relações intersubjetivas, as práticas cotidianas no espaço privado e também as relações de poder no mundo público, já que, como teoria e como prática, ele se mostra profundamente subversivo, desestabilizador, crítico (P. 11).

Até os intelectuais pouco atentos às questões de gênero admitem que uma das poucas revoluções que vigorou, no século XX, tenha coincidido com as lutas feministas, malgrado todos os seus equívocos, ambivalências e contradições. Não obstante, mesmo que hoje exista um novo entusiasmo pelo co-

nhecimento feminista, seu impacto no âmbito do saber ainda está por concretizar todo o seu potencial.

Além do mais, mesmo que tenha mudado o lugar social das mulheres e também sua experiência no mundo, anacrônicas oposições entre natureza e cultura continuam a existir em plena efervescência do século XXI. Ainda hoje, torna-se alvo de admiração, por exemplo, a decisão de uma mulher pilotar um avião, ser nomeada para um cargo importante numa siderúrgica, trabalhar no ramo da construção civil ou destacar-se na política.

É fato que o moderno conceito de cidadania, no curso dos últimos dois séculos, tenha sido constituído, principalmente, pela expulsão do elemento feminino. Em tempos ainda mais remotos, registra a história, o quanto era evidente e naturalizada a aceitação da existência de papéis exclusivos para homens e para mulheres, com prevalência do masculino, nos modelos de sociabilidade.

Aliás, essa expulsão do elemento feminino, pelo menos na história ocidental, respaldou-se na criação da “diferença sexual” como forma de conseguir a exclusão das mulheres da categoria de indivíduos ou cidadãos. Apregoavam-se princípios universais e excluía-se as mulheres do pleno exercício de seus direitos políticos, desde os tempos mais remotos.

Na perspectiva de Scott (2002), pelo menos há dois séculos, as feministas exploram questões relacionadas à tensão igualdade e diferença, sem esperar resolvê-las, uma vez que caem nas próprias contradições e nos paradoxos com os quais pretendem romper. Diz que, muito embora as mulheres tenham usado convincentes argumentos para se contraporem à prática de suas exclusões dos direitos à cidadania, estes mes-

mos argumentos eram contraditórios, ou seja, no intuito de protestar contra as diversas formas de segregação, as mulheres tinham que agir em seu nome, reivindicando, assim, a mesma diferença que obstinadamente tentavam negar.

Quando ocorria a exclusão da mulher com base em sua diferença biológica em relação ao homem, pressupunha-se que a *diferença sexual*, além de fato natural, servia como justificativa ontológica para um tratamento desigual no terreno político e social. Na mesma medida em que o feminismo protestava contra a exclusão política da mulher, porém, no sentido de extinguir as *diferenças sexuais* na política, em defesa das mulheres, alimentava a *diferença sexual* que tanto almejava eliminar. Esse paradoxo, constante em aceitar e recusar a *diferença sexual*, na opinião de Scott (2002), constitui fato comum na história do feminismo como movimento político.

Assim, a histórica oposição entre igualdade/diferença que, em última instância, poderá constituir uma armadilha, no interior da qual é expresso o pensamento e, também, se exprime a ação das mulheres, persiste aparecendo como um tema fecundo para o debate. Hoje, mesmo reconhecendo que as mulheres não estejam mais reservadas a uma pré-cidadania, a cada momento parece que elas têm que reconquistar o direito a ter direitos. A dialética entre igualdade como princípio e igualdade como práxis, continua a alimentar a elaboração do que se poderia chamar uma teoria social feminina.

De fato, o debate sobre a igualdade e/ou a diferença atualmente desenvolvido não só entre as feministas, ultrapassa, em larga medida, o âmbito acadêmico em suas implicações, pois remete a um importante problema político e à própria teoria do conhecimento. Suas metas exigem transformações sociais em grandes dimensões.

Na reflexão de Pierucci (1993), a bandeira das diferenças, atualmente empunhada à esquerda como uma novidade pelos 'novos' movimentos sociais (das mulheres, dos negros, dos índios e dos homossexuais) em sua origem, constituiu o grande signo das direitas, velhas ou novas, extremas ou moderadas. Para si, foi a ultradireita do final do século XVIII e primeira década do século XIX, a primeira direita a surgir como reação a toda espécie de universalismo e igualitarismo em curso nas ideias filosóficas da época. Nos argumentos do autor a defesa das diferenças carrega tentativas de explicar as desigualdades de fato, ao mesmo tempo em que reclama a desigualdade de direito.

De outra parte, Dagnino (1994), partindo dos argumentos de Pierucci (1993), indica que, para si, não se trata de recusar a diferença, mas de entender o que a diferença designa. Isso por acreditar na existência de um intrínseco vínculo entre igualdade e diferença. Lembra que no campo da direita, a diferença sempre surge como afirmação do privilégio, portanto como defesa da desigualdade. No terreno da esquerda, a diferença surge como reivindicação exatamente na medida em que ela determina desigualdade. A afirmação da diferença, na inteligência da autora, vincula-se sempre à reivindicação de que ela possa existir como tal, que possa ser vivida, sem que isso signifique - sem que tenha como consequência - o tratamento desigual e a discriminação. No seu pensamento, se a desigualdade não fosse constituída como discriminação à diferença, ela não existiria como reivindicação de direito (p. 114). E, assim observando, lhe parece que o direito à diferença aprofunda e amplia o direito à igualdade.

Este é, sem dúvida, um tema fecundo para o debate, não só para entender os problemas de gênero, pois está no cerne das polêmicas atuais sobre direitos individuais e identidades de gru-

po em todos os espaços sociais, econômicos e políticos. Por esta razão, convém continuar (re)visitando alguns autores que concorrem para aclarar sempre mais o entendimento dessa questão.

Elisabeth Badinter, por exemplo, em seu livro *Rumo equivocado: o feminismo e alguns destinos* (2005), ao proceder a uma crítica aos caminhos do feminismo francês, analisa o discurso que percebe as mulheres como vítimas potenciais dos homens, imputando-lhe um efeito tardio do radicalismo estadunidense dos anos 1975-1980.

A Filósofa feminista combate o diferencialismo que atribui ao homem a racionalidade e define a mulher pela capacidade de ser mãe. Para si existe um interesse menor por aquela que realiza proeza do que pela vítima da dominação masculina. (2005, p 17).

Para si, “*A igualdade na diferença é uma utopia que implicaria um considerável progresso da humanidade e não somente do gênero masculino*”. (DUARTE-PLON, 2003, p. 60). Continuando seus argumentos, enfatiza:

A igualdade na diferença é uma utopia perigosa. Penso como Françoise Héritier que quando se elege a diferença como prioridade, vem a interrogação: ‘quem é o melhor?’ Cria-se uma hierarquia. Quando se quer instaurar o sentimento de igualdade, abolir a agressividade e elegem-se as semelhanças como prioridade. Tenho uma luta de 15 anos contra a ideologia que reina na esquerda francesa do relativismo que quer respeitar todas as culturas. Foi por essa ideologia que não se lutou contra a excisão (circuncisão feminina) das meninas africanas. Eu perguntava: E a igualdade dos sexos? (IDEM, p. 61).

Badinter refere-se às ambiguidades presentes nos apelos a uma natureza feminina intrinsecamente separada da natureza masculina. Lembra a Filósofa que Simone de Beauvoir, a quem imputa o movimento feminista dever os fundamentos da sua reflexão, já insistia no argumento de que *“é preciso sair da filosofia naturalista, da definição da mulher pela biologia, por sua capacidade de ter filhos e dos estereótipos que acompanham essa filosofia (...) as pessoas definem os homens pelo que eles fazem e as mulheres por sua natureza”* (IDEM, IBIDEM).

É exatamente contra o modelo da “vitimação” da mulher, *“assumido pelo feminismo francês”*, que Badinter se posiciona; um feminismo que, na sua ótica, *“exagera”* o problema da violência sexual e consequentemente acentua a imagem de um homem predador e estuprador. Reforça, ainda, a ideia de que, no ocidente, a vítima é muito mais interessante do que a heroína e conclui que as feministas preferiram o caminho da ‘vitimação’ a lutar de igual para igual. Para si, o “vitimismo” não deixa de ter suas vantagens. Como vítimas, as pessoas se acham do lado certo da história. Mesmo que não seja somente porque toda vítima sempre tenha razão, mas porque suscita uma comiseração simétrica ao ódio que se nutre por seu carasco (BADINTER: 2005).

A propósito do problema do “vitimismo”, é oportuno reproduzir uma passagem da tese de Osterne (2008), escrita com a finalidade de melhor compreender as questões relacionais do fenômeno da violência contra a mulher:

[...] mesmo que, de um lado, seja a mulher quem viva historicamente situações conflitivas, tensas e repletas de ambivalências, é também, essa mesma mulher quem aprendeu a ca-

minhar no interior das ambiguidades, a trilhar contradições e a exercer sua resistência num jugo em que, na maioria das vezes, não foi, de fato, ela quem deu as cartas. Assim, parece no mínimo polêmico, defender a ideia de que as mulheres sejam cúmplices de seus agressores, passivas e vitimadas, como pretende grande parte do argumento feminista sobre a violência conjugal, pois, se elas agem, julgam, exigem e, por vezes, agridem, não se poderia deixar de reconhecer essas respostas como reação (P: 87).

Em seus argumentos, Badinter (2005) sugere que a filosofia que alimenta o “vitimismo” atual é difícil de ser delimitada e que a evidência é muito mais a acusação do sexo oposto e de um sistema de opressão do que uma teoria da relação entre os sexos. Tratar a “dominação masculina” como uma ideia simplificadora e unificadora, para Badinter (2005), é antes pensar esse fenômeno como um “conceito-obstáculo”. Essa noção “que abarca tudo”, situando homens e mulheres em campos opostos, inviabiliza qualquer esperança de se compreender a influência recíproca que ambos exercem um sobre o outro e de medir sua inserção comum na humanidade (p. 53).

Ainda sobre a naturalização da condição feminina e o “vitimismo”, também são ilustrativas algumas análises procedidas por Chauí (1985), tomando como referência básica seu texto *Participando do debate sobre mulher e violência*, no qual a autora problematiza a eterna permanência (difusa e diluída) de uma *natureza feminina* como resultado do fato de o corpo feminino ter constituído o elemento fundamental para as ideologias da feminilidade.

A hipótese básica de Chauí (1985) é de que a insistente permanência da natureza feminina decorre do fato de o corpo feminino ter sido o elemento essencial para as ideologias da feminilidade. Este corpo, objeto externo visível, constitui uma exterioridade de partes relacionadas mecânica ou funcionalmente, sobre o qual é proferido um discurso do conhecimento.

Percebida, necessariamente, como corpo, a mulher passa tanto pelo crivo do discurso científico do conhecimento como pela joieira do discurso filosófico, que tem a peculiaridade de ser, na análise de Chauí (1985), um discurso masculino. Não simplesmente por ser um discurso masculino, sobre o corpo feminino, produzido e proferido por homens, mas porque se trata de um discurso que não só fala de *fora* sobre as mulheres, mas, principalmente, porque se trata de uma fala que se alimenta do silêncio das mulheres.

Para si, observado do exterior, o corpo feminino recebe uma série de atributos, derivados, principalmente, de seu predicado de maternidade. Esta, apreendida como instinto materno, absorve a marca própria de todo instinto, a saber, do comportamento preestabelecido e predeterminado quanto à forma e ao conteúdo. A noção de instinto, por sua vez, garante, concomitantemente, e de forma invisível, o pressuposto de uma natureza feminina como natureza materna. Consequentemente, a qualidade derivada deste instinto é o amor materno. Situadas sob o signo do amor, fica fácil considerar as mulheres instintivamente mais sensíveis do que os homens, como se o ganho de uma sensibilidade extra pudesse justificar e compensar sua exclusão da vida pública e do mundo pensante – intelectual.

Chauí (1985) indica que o eterno elogio à sensibilidade feminina esconde, em última instância, uma imensa discriminação sobre a mulher, o que abre caminho fácil para a violência.

Em várias passagens, as reflexões de Chauí (1985) parecem fecundas, pertinentes e atuais como recurso à compreensão das origens e significados das várias formas discriminatórias contra a mulher, em especial, das também diversificadas maneiras de manifestação da violência que atinge a categoria feminina. Suas teses, contudo, não passam sem o questionamento de algumas outras estudiosas do assunto, sobretudo quando Chauí exprime que as mulheres farão de sua subjetividade instrumento de violência ao serem convertidas heteronormativamente em sujeitos.

No tocante ao questionamento de outras estudiosas sobre as análises de Chauí, na compreensão de Saffioti (2004), por exemplo, dificilmente uma mulher consegue se desligar de um homem violento sem ajuda externa. Até que isso ocorra, se desenvolve um percurso oscilante, entre saídas e retornos à relação conflitante. Mesmo, porém, quando permanecem nesta relação por décadas, as mulheres reagem à violência, usando estratégias variadas. Acentua que esse fenômeno é importante de ser compreendido, porquanto existe quem as considere não sujeito e, por via de consequência, passivas. Nesse ponto, ela polemiza diretamente com Chauí. Saffioti diz textualmente: mulheres em geral, especialmente quando vítimas de violência, recebem tratamento de não sujeito. Isto, todavia, é diferente de ser não sujeito. De fato, entre receber tratamento de não sujeito e ser não sujeito vai uma grande distância, ao se tentar compreender a reação das mulheres em situação de violência.

Lamenta, contudo, Gregori (1983), o fato de que Chauí não tenha feito nenhuma indicação de como seria possível a libertação da mulher e tenha definido abrangentemente violência, não a distinguindo de opressão ou dominação. Continuando, Gregori também observa que outros tomam de

empréstimo a perspectiva filosófica que orienta o trabalho de Chauí (1985), mas negligenciam a *interessante* análise que ela faz sobre as violências praticadas entre as próprias mulheres e suas dificuldades de solidarização entre si.

Retomando o debate sobre igualdades e diferenças, no tocante a sua polarização, em outra ponta parece estar a historiadora estadunidense Joan Scott. Embora se dedique ao exame sobre a histórica tensão que permeia o feminismo da igualdade entre os sexos e o feminismo da diferença, Scott não defende nenhuma dessas estratégias. Sua tese principal é a de que o feminismo possui uma história e que se encontra essencialmente marcado por esta história

Propõe, portanto, visitar criticamente a tradição liberal com início no século XVIII, não só para destacar a intensiva influência desse ideário sobre a história do feminismo como também para sugerir o feminismo como “*um vivido sintoma*” próprio das contradições do individualismo liberal.

Pode-se perceber, em síntese, que uma vasta complexidade acompanha a história das mulheres e das relações de gênero nas sociedades ocidentais. Esse reconhecimento é partilhado pela maioria das(os) pesquisadoras(es) que mergulham mais fundo nessa temática. Dias (1992, 39), por exemplo, observa que

São muitas as dificuldades que se apresentam para as que ousam se envolver pelos estudos das mulheres em sociedade, pois se trata de terreno minado de incertezas, saturado de controvérsia movediças, pontuado de ambigüidades sutis que é preciso discernir, eliminar, documentar, mas que

resistem a definições. Trata-se de um domínio inóspito para quem sofre de ansiedade cartesiana já que mais cabe ao pensamento destruir parâmetros herdados do que construir marcos teóricos muito nítidos.

A esse respeito, Bourdieu, explicando aquilo que chama de socialização por gêneros e somatização da dominação, em sua famosa conferência do prêmio Goffman - A Dominação Masculina Revisitada (texto original) - assim se expressa:

A sociodicéia masculina, portanto, deve sua excepcional eficácia ao fato de acumular e embrulhar duas operações. Ela legitima uma relação de dominação, inscrevendo-a numa natureza biológica que é, ela própria, uma construção social naturalizada. Ela legitima uma relação de dominação, inscrevendo-a num biológico que é, ele próprio, uma construção social biologizada (LINS, 1998, 19/20).

Não se pode desconhecer que o paradigma identificador das mulheres como mais próximas da natureza continua a servir de fundamento à convivência entre os sexos e alimentar o primado da diferença com hierarquia e ambiguidade.

Por isso, não deixa de ser prudente a indicação de Scott (2005), ou seja, de não tomar partido nem a favor da universalidade (igualdade), tampouco do diferencialismo, como se alguma dessas posições pudesse ser capaz de resolver seus impasses, mas a pôr o feminismo como um movimento portador de uma história, constantemente envolvida com as dificuldades de resolver os dilemas que enfrenta.

Comenta, ainda a autora, que os movimentos feministas, ressurgidos nos anos 1960, trouxeram intensa exigência de compreensão e explicação sobre o fenômeno da subordinação das mulheres. Suas militantes logo perceberam que, nas ciências humanas e sociais, as dúvidas explicativas para com a evidência de tal subordinação eram imensas. Os trabalhos teóricos não discutiam, não justificavam, não indicavam a gênese, tampouco o desenvolvimento da desigualdade entre homens e mulheres.

Algumas hipóteses foram aparecendo, dentre as quais, destaca Barbieri

*A subordinação que afeta todas as mulheres, ou quase todas, é uma questão de poder, mas este não se localiza exclusivamente no Estado ou nos aparatos burocráticos. Seria um poder múltiplo, localizado em diferentes espaços sociais, que pode inclusive não se vestir com as roupagens da autoridade, **mas sim com os mais nobres sentimentos de afeto, ternura e amor** (grifo nosso) (BARBIERI, 1992, p. 2; grafou-se).*

Sobre o poder revestido de sentimentos de amor, afeto e ternura, presente nas relações de gênero, recorda-se aqui uma das hipóteses de Osterne (2002), em tese de Docência Livre na qual pressupõe algumas explicações para o porquê das mulheres vitimadas pela violência, por parte de seus companheiros, não romperem a relação com seus agressores.

Consoante essa hipótese,

Acionar simbolicamente os homens nessas situações desvenda, em parte, o porquê de, mesmo quando tratadas com violência, essas mulheres não rom-

perem a relação. O que elas compreendem? Que precisam se reapropriar de um padrão de autoridade masculino para se proteger numa sociedade em que necessitam do imaginário do 'homem provedor' para serem respeitadas, reconhecidas, valorizadas e para que outros homens não desvirtuem seu espaço familiar (OSTERNE, 2001, p. 37).

O que se problematiza, nesta tese, é o fato de muitas mulheres, independentemente de sua condição de classe, e mesmo livres economicamente, continuarem tendo dificuldade de consolidar sua autonomia. Permanecem presas a padrões de relacionamento, na maioria das vezes, constituídos no interior das próprias vivências familiares, onde a mulher necessariamente deveria depender do homem, inclusive para firmar sua identidade. Tudo isso, em grande parte dos casos, ocorre em aparente clima de afetividade, o que serve para mascarar a presença do poder num patente estado de subordinação.

Ainda na avaliação de Osterne (idem), em uma sociedade marcada pela racionalidade instrumental, a sensibilidade seria uma forma menor, ou mesmo uma ausência do pensamento racional. Sugere, então, avaliar o “*eterno elogio da sensibilidade feminina*”, porquanto este elogio esconde uma imensa discriminação, além de possibilitar o passo inicial para a violência contra a mulher.

Iniciam-se as considerações finais deste breve estudo a respeito da condição paradoxal que perpassa o feminismo, sobretudo nos históricos deslocamentos entre a dualidade igualdade/diferença, exprimindo-se que, não obstante seus dilemas e equívocos, o pensamento feminista demonstra ser capaz de romper com grandes barreiras epistemológicas e, também, de

desmascarar o mundo de preconceitos que o acompanham, sob a capa de pretensas objetividades.

Malgrado a polêmica da dualidade entre igualdade/diferença, parece estar por demais claro que esta, por ser uma falsa questão, também será uma ilusória escolha. Ora, se os critérios para a condição de igualdade, historicamente, foram até este momento mais atual, determinados de modo unilateral, por normas e critérios masculinos, com respaldo numa concepção de indivíduo abstrato, igualmente não referendado na diversidade das empirias e, se o critério fundamental do reconhecimento das diferenças não logra-se livrar das influências anatômico-fisiológicas justificadoras da “diferença-sexual”, talvez seja mais sábio compreender o feminismo como:

“[...] um campo aberto para o debate, no qual as diferentes perspectivas deverão confrontar-se na sua coerência interna, na sua capacidade de explicação e nas possibilidades que abrem para a ação e transformação das sociedades e das possibilidades de vida das mulheres e dos varões (BARBIERI, 1999, p. 15).

A busca de uma nova complementaridade, desta feita não mais entendida como justificativa de uma relação desigual entre homens e mulheres, mas como possibilidade de uma relação igualitária, mesmo que não necessariamente assimétrica respaldada no reconhecimento de que a “diferença de sexo” jamais poderia justificar a exclusão das mulheres do poder político e da cidadania social, esta sim, parece ser a utopia.

Não se pode esquecer, contudo, de que foi na busca de compreender essa “tensão dialética” entre igualdade *versus* diferença que o feminismo logra aos pouco consolidar sua já considerável possibilidade de explicação.

É importante, também, enfatizar que, com o surgimento e a expansão do conceito de gênero – como “sexo socialmente construído”, ou seja, práticas sociais de gênero onde se incluem símbolos, representações, normas e valores sociais que as sociedades constituem com suporte na “diferença sexual”, ou seja, como um objeto de estudo bem mais amplo e complexo – vislumbram-se maiores possibilidades para a compreensão e explicação do duo **subordinação feminina – dominação masculina**, como um emaranhado sistema de poder.

Não se pode deixar de reconhecer que os movimentos organizados de mulheres, também no Brasil, tenham aberto espaço de pressão no sentido da eficácia da ação democrática. Nos países de antiga tradição democrática e de maior respeito à cidadania, entretanto, as conquistas políticas e sociais na área das relações de gênero, até agora, foram muito mais bem efetivadas.

Impõe-se dizer, neste passo, que antigos novos problemas jamais foram seriamente resolvidos. Basta falar nos altos índices de violência, mortalidade materna, abortos clandestinos, discriminações e preconceitos que vitimam grande parte das mulheres, independentemente de sua condição de classe, para citar apenas alguns desses problemas. É ainda bastante sutil e disfarçada a efetiva condição subalterna da mulher. Importa, igualmente, entender que, entre os principais empecilhos para a concretização de efetivas políticas públicas direcionadas ao gênero, estão aqueles que expressam grandes contradições entre valores culturais, religião e cidadania.

A impressão que se tem, como já se expressou, é de que, por todo o tempo e a cada instante, as mulheres precisam conquistar ou reconquistar seu direito à cidadania. Hoje, o maior desafio é assegurar todos os direitos ao universo das mulheres. Desde o surgimento da ideia da igualdade, primeiro estágio

da “*transgressão*” até a fase do feminismo da diferença, muitas controvérsias alimentam, inclusive, o desencontro das mulheres consigo mesmas.

Nesse terreno, as soluções não são simples. Insistir na lógica da oposição significa perder a chance de entender suas interconexões. Apostar no entendimento das tensões poderá possibilitar o encontro de resultados mais democráticos. Quebrar, portanto, o ainda arrogante modelo do falocentrismo pressupõe antes, sem qualquer dúvida, continuar tentando desvendar os significados que hoje assume esta controvertida dualidade no contexto das relações de gênero, e em todas as situações que envolvem a relação entre identidade de grupo e identificação individual. Por isso, importa continuar tentando aprofundar esse ponto.

Para concluir, ainda é importante registrar o fato de que, ultimamente, as análises teóricas de Butler (2013), sobre o sujeito e seu processo de formação, constituem referências importantes em diversas áreas do conhecimento. A autora é constantemente citada por disciplinas como a Filosofia, a Política, o Direito, a Sociologia, bem como por estudos filmicos e literários. As cinco principais áreas do seu pensamento, contudo, são: o sujeito, o gênero, o sexo, a linguagem e a psique. Pela natureza provocativa de suas reflexões, a obra de Butler dá azo a uma mudança radical no âmbito dos estudos de gênero e bem assim no feminismo de uma forma geral. Daí a importância de também incluir suas reflexões no debate da polaridade igualdade - diferença.

No seu entendimento, o feminismo é, sem quaisquer vacilações e sombra de dúvidas, uma luta pelo direito das mulheres, mas, também, uma desmontagem do que se chama de “mulheres”. Sem deixar de ser feminista, critica muitos aspec-

tos do feminismo ao qual se filia. O ponto central de suas admoestações dirige-se ao feminismo que ainda trabalha com o binarismo de gênero e com a ideia de que homem e mulher, masculino e feminino, sejam a verdade da sexualidade, caindo na reprodução daquilo que o próprio feminismo quer criticar. O feminismo de Butler defende a desmontagem de todo e qualquer tipo de identidade de gênero que oprima as singularidades humanas que não se encaixem naquilo havido como “adequado”, “correto” ou “normal”. A defesa das singularidades, portanto, fortalece a preocupação da autora com pontos relacionados às diferenças, quando se trata de entender a condição humana.

A rigor, Butler preocupa-se, consistentemente, com a “violência excludente”. Amparada na concepção hegeliana da dialética, ela percebe a “resolução” como perigosamente democrática, uma vez que ideias e teorias expressas como verdades “autoevidentes” sempre se constituirão presas fáceis aos pressupostos ideológicos que oprimem certos grupos sociais, particularmente as minorias ou os grupos marginalizados. Cita como exemplo claro e também relevante disso as noções conservadoras que consideram a homossexualidade como “imprópria”, “não natural”, “anormal”, enfim, como algo que deve ser proibido e punido. Reconhece que tais atitudes encontram ressonância, via de regra, em concepções religiosas, morais e ideológicas. Nessa linha de reflexão, refere-se com recorrência a categorias de identidade como “gay”, “hétero”, bissexual”, “transexual” e “negro”, dentre outras.

Alguns sociólogos dizem que Butler está constituindo outra ontologia de gênero baseada na performatividade. De fato, para começar a entender Butler, é preciso prestar atenção quando ela diz que as palavras provocam ações e atuações, ou

seja, que o discurso age e que as identidades “generificadas” e sexuadas são performativas. Assim, Butler recorre ao famoso epíteto de Simone de Beauvoir: “Não se nasce mulher, torna-se mulher”, para fundamentar sua posição de que o gênero é uma realização performativa, ou seja, compelida pela sanção social e pelo tabu. Em outras palavras, a autora defende o ato performativo como propriedade da constituição do gênero e também do corpo. Atenta, contudo, para o fato de que, nesta característica performativa, também reside sua possibilidade de contestação. Sugere, por exemplo, que “mulher” é algo que “fazemos” mais do que algo que “somos”.

Dizer que as identidades são generificadas significa exprimir que a linguagem e o discurso é que “fazem” o gênero, portanto, será preciso contestar a linguagem e a gramática, que estão longe de ser politicamente neutras para melhor compreender as identidades e as subjetividades.

Enfim, estas breves considerações estão muito longe de uma aproximação do tamanho, profundidade e desafio epistemológico e político representados pelo pensamento de Butler, que também ajunta muitas críticas, dentre as quais a acusação de ser confusa, insuportável e desnecessariamente densa. O desafio será tentar conhecê-la pela leitura direta de suas publicações, a fim de que se extraia as próprias conclusões ao se aproximar cada um, com cautela, daquilo que parecem definições, pois, como muito bem diz Sara Salih (2013), nem mesmo Butler solicitaria para si mesma a palavra final sobre Butler.

A verdade é que o foco mais acentuado da obra de Butler é o gênero não como campo da sexualidade, mas, essencialmente, como problema político e, mais ousadamente, uma questão ontológica. De todos os feminismos surgidos até agora, segundo algumas opiniões, o seu feminismo foi o que mais

levou a sério as potencialidades críticas do próprio feminismo. “ Butler não tem medo do feminismo, tampouco de sua crítica ou de seus efeitos teóricos e práticos”. (TIBURI, 2013). Em razão deste destemor, tornam-se deveras instigantes suas reflexões para pensarmos os domínios da exclusão, mesmo quando elaborada com propósitos emancipatórios.

REFERÊNCIAS

BADINTER, Elizabeth. *Rumo equivocado: o feminismo e alguns destinos*. Tradução de Vera Ribeiro. 2.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BARBIERI, Terezita – Sobre a categoria gênero: uma introdução teórico-metodológica. Tradução de Antônia Lewinsky. In: *Revista Interamericana de Sociologia*, México: Instituto Mexicano de Cultura e Associação Mexicana de Sociologia, ano VI, nº 2-3, maio-dezembro, 1992.

BUTLER, Judith P.- *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*; Tradução, Renato Aguiar.- 5. ed.- Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

BLAY, Eva Alterman (Org.) – *Igualdade de oportunidades para as mulheres – Um caminho em construção*. São Paulo: Humanitas/FFLCH/USP, 2002.

BOURDIEU, Pierre – *A dominação masculina*: Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

CHAUÍ, Marilena – Participando do debate sobre mulher e violência. In: *Perspectivas antropológicas da Mulher 4*. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A., 1995.

COSTA, Cláudio de Lima e SCHMIDT, Simone Pereira. O feminismo como poética/política. In: *Poéticas e políticas feministas*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2004.

DAGNINO, Evelina. *Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania*. In: DAGNINO, Evelina (Org.) *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DIAS, Maria Odília Leite da Silva – Teoria e método dos estudos feministas: perspectiva histórica e hermenêutica do cotidiano. In: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

DORIA, Anna Rossi. Representar um corpo individualidade e “alma coletiva” nas lutas pelo sufrágio. In: BONACCHI, Gabriella; GROPPPI, Ângela. *O dilema da cidadania: direitos e deveres das mulheres*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1995.

DUARTE-PLON, Leneide – O feminismo visita o divã. *Revista Carta Capital* – Política, Economia e Cultura, [S.l.], 9 julho. 2003. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br>. Acesso em: 10 dez., 2003.

GERGEN-ED, Mary McCaney – *O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: Edunle, 1993.

GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*, 2 ed., tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GREGORI, Maria Filomena. *Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. São Paulo: ANPOCS, 1993.

GROPPPI, Ângela – As raízes de um programa. In: BONACCHI, Gabriella; GROPPPI, Ângela. *O dilema da cidadania: direitos e deveres das mulheres*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1995.

LINS, Daniel (Org.) – *A dominação masculina revisitada*. Tradução de Roberto Leal Ferreira. Campinas, SP: Papirus, 1998.

LOBO, Elisabeth Souza – *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

_____ - O trabalho como linguagem: o gênero do trabalho. In: COSTA, Albertina de Oliveira e BRUSCHINI. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

OSTERNE, Maria do Socorro Ferreira – *Família, pobreza e gênero: o lugar da dominação masculina*. Fortaleza: EDUECE, 2001.

_____ - *Violência nas relações de gênero e cidadania feminina*. Fortaleza: EDUECE, 2008.

PADOVANI, Umberto e CASTAGNOLA, Luis. *História da Filosofia*. 13. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1981.

PIERUCCI, Antonio Flávio. Ciladas da Diferença- *Tempo Social*; Revista Ver. Social. USP. São Paulo, Volume 1 (1).

PULEO, Alicia H – *Filosofia, gênero y pensamiento crítico*, Valladolid: Universidade de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercâmbio Editorial, 2000.

SAFFIOTI, Heleieth – Movimentos sociais: face feminina. In: FONSECA, Romy Medeiros da, et al. *Condição feminina*. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1998.

_____. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALIH, Sara - *Judith Butler e a teoria Queer*.- Tradução e notas de Guacira Lopes Louro.-Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013

SCHMIDT, Simone Pereira [Orelha do Livro] In: SCOTT, Joan Walach – *A cidadã paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem*. Tradução de Élvio Antônio Funck. Florianópolis; Ed. Mulheres, 2002.

SCOTT, Joan Wallach – *A cidadã paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem*. Tradução de Élvio Antônio Funck. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2002.

_____. – Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: *Educação e Realidade*. Porto Alegre, 16(2): 5-22, jul/dez., 1990.

_____. - O enigma da igualdade. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(1): 216 janeiro-abril/ 2005

TIBURI, Marcia- Dossiê: Judith Butler feminismo como provocação. *Cult*, ano 16, nº 185, p.21-23, novembro. 2013.

CAPÍTULO 10

CORPOS QUE (NÃO)IMPORTAM NA PRÁTICA MÉDICA: REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE DAS PESSOAS “TRANS”

Gustavo Antonio Raimondi
Danilo Borges Paulino
Flávia do Bonsucesso Teixeira
Nelson Filice de Barros

Essas pequenas digressões sobre o corpo que importante para uma prática de ensino em saúde e, conseqüentemente, de cuidado em saúde, permitem-nos refletir sobre os desafios para o cuidado integral em saúde para aqueles e aquelas que sistematicamente subvertem uma norma dita como geral, coercitiva, discursiva e pré-existente aos sujeitos. Assim, convidamos o leitor e a leitora a problematizar as normas de gênero e sexualidade e suas implicações no campo da saúde, com um enfoque nas pessoas “trans”.

ENTRE O INFERNO E O PARAÍSO²: dualidades das “vidas precárias”³

Henrietta Moore (1997), antropóloga britânica, afirma que ao se discutir sexualidade, as relações entre os sexos, a

2 Referência ao artigo intitulado “Entre o Inferno e o Paraíso. Saúde, Direitos e Conflitualidades”, de Lia Zanotta Machado (2003), Série Antropologia nº 342, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. A autora problematiza a capacidade restrita de saúde pública versus o direito à humanização do atendimento, em cenários de pronto socorro.

3 Termo utilizado por Berenice Bento (2014) ao problematizar as vidas de travestis e transexuais no contexto brasileiro.

reprodução humana, evoca-se a referência sócio-histórica da natureza inerente ao corpo e aos processos corporais. Dessa forma, a ideia do que é *natural* apresenta uma similaridade conceitual com a representação da ordem universal, trazendo uma explicação essencialista (definitiva e irredutível) da realidade corporal pautada na dimensão biológica (SEPARAVICH & CANESQUI, 2010).

Assim, a construção social do que pode ou não ser reconhecido como corpo, sexo ou mesmo quem pode ser considerado humano, desvela uma íntima relação entre os poderes e saberes que se organizam, embatem e criam resistência dentro das normas de gênero. Essa dinâmica acaba por organizar nossas percepções de mundo e poder, inclusive, influenciar o desenvolvimento de políticas sobre quais corpos “importam” para a nossa cultura (LEITE JUNIOR, 2011; BUTLER, 1993), e especificamente para o campo da saúde.

Essa “materialização” das normas de gênero, formada pelos discursos dos vários campos de saberes, articula a organização e a justiça social que ditam quais vidas merecem ou não continuar a existir, na medida em que colocam determinados indivíduos em situações de precariedade ou em posições periféricas aos demais sujeitos sociais. Isso se deve ao fato de que o gênero é considerado um dispositivo de regulação que produz a materialidade, inteligibilidade e grau de importância do que entendemos como corpos/sujeitos/humanos. Nesse sentido, há uma expectativa que os sujeitos se relacionem afetiva e sexualmente com outras do “sexo” oposto, respondendo à demanda da coerência social a partir do “binarismo natural” de oposição homem/mulher (LOURO, 2013). Com isso, esses conceitos e expectativas de gênero acabam definindo, inclusive, o que são ou não são corpos humanos, quais suas caracte-

rísticas e diferenças, quais e quantos são os sexos, como podem ou não ser reconhecidos e quais os corpos, sexos e pessoas não se enquadram nas normas, e por isso ficam em situações negligenciadas.

Foucault (1989) identifica que, historicamente, o corpo pode ser lido como um espaço de hierarquia e poder, sobre o qual a disciplina e suas engrenagens atuam no sentido de torná-lo dócil, situação que exaspera no capitalismo. O século XIX foi marcado pelo resgate conceitual de *organicismo social* de Comte e Durkheim, como elemento primordial para o progresso. Nessa lógica de raciocínio positivista, observamos a persistência da crença absoluta nas leis naturais definindo o inteligível em sociedade.

Esses saberes, somados principalmente ao conhecimento médico, que busca organizar e sistematizar os novos padrões de corpos, de sexualidade e de relações de gênero dentro da “ordem social”, geram a sistemática exclusão de determinados corpos, sexos e seres humanos do cuidado em saúde. Isso decorre da premissa cartesiana de que determinado sexo biológico (genitália) indica determinado gênero e esse, por sua vez, indica ou induz o desejo (LOURO, 2013). Dessa forma, ratifica-se a suposição de que o sexo é “natural” e se entende o natural como “posto”. Configura-se, com isso, uma iniquidade e uma injustiça social, que reverberam na formação acadêmica, ao passo que reproduzem uma verdade reiterada nas (in)certezas do discurso médico de que somente os corpos heteronormativos são elegíveis para o estudo e prática em saúde (TEIXEIRA, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2011, e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em 2013, compreendendo essas questões, corroboraram a necessidade de

reflexões e de proposições de políticas de equidade acerca das disparidades de acesso e utilização dos serviços de saúde por parte das pessoas homossexuais (tanto masculinos quanto femininos), bissexuais, travestis e transexuais, por considerar que esses indivíduos enfrentam obstáculos para obter acesso a uma apropriada atenção de saúde, uma vez que seus corpos, sexualidade e relações de gênero não se enquadram na normal *natural*.

A OPAS (2013) pondera que a comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) constitui um segmento social vulnerável e marginalizado devido ao estigma relacionado à orientação e identidade sexual e à própria discriminação, uma vez que, por escaparem dessa norma cartesiana, são considerados como “minoria” e, assim, fixados em sua posição marginal nas preocupações de currículos e políticas públicas que se pretendam para a maioria.

Mas dentro desse universo dos corpos não binários, encontramos as pessoas trans (travestis e transexuais) que subvertem sistematicamente essas normas ao residirem no momento de não inteligibilidade, ou seja, no “ponto” a partir do qual não se consegue explicar ou pensar (LOURO, 2013). Paradoxalmente, esse local que eles e elas ocupam se torna necessário ao permitirem o delineamento dos contornos daqueles que são “normais” e que se constituem como “sujeitos que importam”. Dessa forma, eles e elas põem em questão o próprio conhecimento ao questionarem, pela sua própria existência, o que é conhecido e as formas como chegamos a conhecer determinadas coisas e a não reconhecer ou a desconhecer outras.

Teixeira (2013) reitera essas observações ao afirmar que os sujeitos (trans) “apontam o quanto as normas sociais constituem a nossa existência, conformam nossos desejos e não se ancoram na nossa individualidade”. Além disso, a mesma au-

tora relata que a existência humana para as pessoas (trans) se torna inviável, sem inteligibilidade social, uma vez que esses indivíduos, ao transitarem entre o desejo e as normas sociais, buscam seu reconhecimento, questionando a arbitrariedade para definir aqueles que apresentam os “pré-requisitos” para serem reconhecidos como humanos. Dessa forma, “ao mesmo tempo em que eles e elas questionam, reiteram e desorganizam a categoria naturalizada do humano, denunciam, implícita ou explicitamente, que as normas de gênero não estabelecem um consenso absoluto na vida social, desafiando as fronteiras entre a experiência individual e a necessidade de reconhecimento social” (TEIXEIRA, 2013).

Partindo dos elementos acima levantados, podemos entender que a experiência trans não materializa um “corpo viável” e, portanto, um “sujeito viável”. Dessa forma, as instituições médicas buscaram desenvolver inúmeros dispositivos para adequar o desejo aos *corpos naturais*. O primeiro movimento com essa finalidade data de meados do século XX com as pesquisas desenvolvidas por Harry Benjamin (1953) no campo da endocrinologia e Robert Stoller (1982), a partir da psicanálise. A experiência transexual, no sentido que adotamos hoje, surgiu e se consolidou nesse período, sendo que a expressão *transexualismo* passou a ser utilizada para explicar o conflito de identidade de gênero, sendo diferenciado, inclusive, da homossexualidade, da travestilidade e de outros transtornos. Com isso, os médicos assumiram como sua a tarefa de construção de um significado e de um diagnóstico para tal experiência, a fim de caracterizar o(a) “verdadeiro(a)” (trans).

Buscando trazer uma resposta para essa demanda do setor médico, foi criada a categoria nosológica de *transexualismo* na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Proble-

mas Relacionados com a Saúde (CID), na sua versão mais recente, a CID-10 (1997), produzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse documento, que orienta as avaliações médicas oficiais, o termo *transexualismo* está inserido dentro do grupo que se destina aos diversos tipos de transtorno de personalidade e de comportamento de adultos, reafirmando o local de possível tangibilidade dos e das pessoas (trans).

No Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), utilizado pela Associação Americana de Psiquiatria, o tema da transexualidade é identificado, na sua quarta edição, de 1995, na sessão dos Transtornos de Identidades de Gênero, na qual há uma série de critérios que, quando presentes em um indivíduo, o colocam na posição de transexual, reiterando, com isso, o local de *não natural* em que os corpos e indivíduos (transexuais) estão (re)conhecidos.

Diante desses documentos, o Brasil, a partir da Resolução nº. 1.482/97 do Conselho Federal de Medicina, autorizou a realização, como procedimento experimental, de cirurgias do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários para tratamento do transexualismo. Esse pode ser considerado um marco para o surgimento de programas visando à realização da cirurgia de transgenitalização. A Resolução estabeleceu os critérios para as intervenções cirúrgicas que, até então, seriam consideradas como crime e o autor (médico) sujeito a processo (TEIXEIRA, 2013). A partir de 2003, dissertações e teses nos campos da medicina, psicologia, serviço social e saúde coletiva surgiram visando analisar as experiências desses grupos⁴.

4 A dissertação de mestrado de Maria Jaqueline Coelho Pinto, em 2003, demonstra a busca da coerência entre sexo e gênero no Programa de Transexualidade de São José do Rio

Decorrente dessa tardia inclusão da possibilidade de assistência em saúde das pessoas (trans), somente em 2008 o Ministério da Saúde incluiu no âmbito do SUS o que se convencionou chamar “Processo Transexualizador no SUS”⁵, definindo as Diretrizes Nacionais e Regulamentando o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde – SUS⁶. Dessa forma, garantiu-se a assistência, mas também houve um estímulo para a produção teórica nesse campo que ainda é incipiente, em se tratando da experiência brasileira.

Dessa forma, refletir sobre o corpo, não apenas como fato natural, e sua correlação com as práticas de saúde a partir da premissa dos corpos que (não)importam (na)para a prática médica é fundamental para se (re)pensar a formação acadêmica e, conseqüentemente, a construção do conhecimento que considera a individualidade do ser e a integralidade do cuidado em saúde.

Preto, coordenado pelo professor Carlos Cury. Sua tese de doutorado, em 2008, amplia a discussão ao trazer para a cena do debate as experiências das mulheres (transexuais) após a realização da cirurgia. A tese de doutoramento de Alexandre Saadeh, em 2004, tem como referência o Projeto de Sexualidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo (HC/USP) e baseia-se nos princípios estabelecidos pelo discurso médico oficial, ou seja, no princípio do diagnóstico de *transexualismo* pelo psiquiatra. A dissertação de mestrado de Rosimeri Bruno, em 2004, analisa o Projeto de Transgenitalização do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Esalba Silveira, em 2006, assistente social do Programa de Transtorno de Identidade de Gênero do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PROGID), acompanhou as pessoas inscritas nesse programa para sua tese, problematizando a construção da identidade a partir do referencial teórico do materialismo histórico. Tatiana Lionço, em 2006, realizou sua pesquisa de doutorado tendo como um dos espaços o serviço ambulatorial de acompanhamento terapêutico a transexuais do Hospital de Clínicas da Universidade de Brasília (UnB). A dissertação de mestrado de Valéria de Araújo Elias, em 2007, acompanha, a partir da psicanálise, sete casos de mulheres (transexuais) atendidas no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Daniela Murta, em 2007, analisou o atendimento às pessoas transexuais no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ.

5 Portaria nº. 1.707/GM publicada no DOU nº.159, terça-feira, 19 de agosto de 2008.

6 Portaria nº. 457/SAS publicada no DOU nº. 160, quarta-feira, 20 de agosto de 2008.

“TRANSTORNADOS” E “NORMAIS”: a inclusão excludente dos “corpos estranhos”⁷

As problematizações a respeito das identidades “trans” retomam as discussões apresentadas por Berenice Bento (2014a) sobre as tensionalidades existentes na busca pela ampliação do conceito de humanidade e, por conseguinte, a ampliação da concepção de cidadania. Ou seja, o reconhecimento das pessoas “trans” implica, como observado nas questões acima levantadas, em disputar visões e projetos de humanidade, os quais ainda estão sob o poder dos discursos biomédicos patologizantes (ZAMBRANO, 2003; BENTO, 2006; 2014a; TEIXEIRA, 2009; 2013).

Pensar a identidade “trans” a partir de um diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero/Disforia de Gênero, que permite/legitima o acesso ao Processo Transsexualizador e aos processos judiciais para retificação do registro/nome civil, como se fosse um “pré-requisito”, é (re)afirmar as descontinuidades, transgressões e subversões que as identidades “trans” fazem à heteronormatividade e a busca que o biopoder realiza em normatizar essas experiências de vida dentro do patológico. A esse respeito, Louro (2013) afirma que:

“A concepção binária do sexo, tomado como um “dado” que independe da cultura, impõe, portanto, limites à concepção de gênero e torna a heterossexualidade o destino inexorável, a forma compulsória de sexualidade. As descontinuidades, as transgressões e as subversões que essas três cate-

7 O termo “corpos estranhos” faz referência ao livro “Um corpo estranho – ensaios sobre sexualidade e teoria queer”, de Guacira Louro (2013), que problematiza, por meio da teoria queer, as sexualidades desviantes da heteronormatividade como corpos estranhos, que incomodam, perturbam, provocam e fascinam.

gorias (sexo – gênero – sexualidade) podem experimentar são empurradas para o terreno do incompreensível ou do patológico”(LOURO, 2013).

Judith Butler (2003) afirma que os pressupostos heteronormativos exigem uma linearidade sem fissuras entre sexo genital, gênero, desejo e práticas sexuais, e, em decorrência disso, os comportamentos que não estão de acordo com essas normatizações são patologizados. Bento & Pelúcio (2012) expõem que a heterossexualidade está inserida em nossa sociedade como condição para “dar vida e sentido aos gêneros”, uma vez que “o gênero só consegue sua inteligibilidade quando referido à diferença sexual e à complementariedade dos sexos”, produzindo no menino a masculinidade e, na menina, a feminilidade.

Dessa forma, pensar a transexualidade e a travestilidade só seria possível dentro de um cenário dos transtornos de ordem mental, do campo *psi*. Por isso, tanto o DSM-V quanto o CID-10 apontam que as identidades “trans” estariam dentro desses transtornos pelo deslocamento que o gênero “trans” realiza em relação ao sexo genital. Assim, o primeiro desses dois documentos traz os critérios necessários para que o indivíduo “trans” seja reconhecido ou não como “trans”, e o segundo documento estabelece as características da “doença” e os códigos utilizados e aceitos internacionalmente por médicos e outras operadoras de saúde (BENTO & PELÚCIO, 2012). O que se observa, diante disso, são as disputas do biopoder em manter uma norma imutável em torno dos corpos sexuados, os quais, segundo Laqueur (2001), são inseridos em processos históricos de classificação, significação e intervenção.

Assim, pensar a transdiversidade como uma experiência catalogável, curável e passível de normatização (BENTO & PE-

LÚCIO, 2012; TEIXEIRA, 2009; 2013) é inviabilizar a existência plena, autônoma, cidadã e humanitária dos sujeitos. Conseqüentemente, cercea-se o acesso e a acessibilidade às pessoas “trans”, uma vez que sua identidade cidadã com direito à saúde, enquanto obrigação do Estado, é definida pela presença de uma “identidade patológica” referida por terceiros. Por isso, a partir de 2007, a Rede Internacional pela Despatologização Trans lança a campanha denominada “Stop Trans Pathologization”⁸, buscando:

“1- A retirada da categoria de “disforia de gênero” / “transtornos de identidade de gênero” dos manuais internacionais de diagnóstico (as próximas versões: DSM-V e CID-11).

2- A abolição dos tratamentos de normalização binária a pessoas intersex.

3- O livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem tutela psiquiátrica).

4- Serviço público de atenção à saúde trans-específica (acompanhamento terapêutico voluntário, atendimento ginecológico/urológico, tratamentos hormonais, cirurgias).

5- A luta contra a transfobia: fomentar a formação educacional e a inserção social e no mundo do trabalho das pessoas trans, assim como visibilizar e denunciar todo tipo de transfobia institucional ou social.” (RED POR LA DESPATOLOGIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS DEL ESTADO ESPAÑOL, 2010).

8 Disponível em: < <http://www.stp2012.info/old/pt> >. Acesso em: 05/12/2015.

No entanto, para que essas proposições sejam consolidadas em nossa sociedade, faz-se necessário apontar e problematizar as lacunas dos argumentos em defesa da patologização do gênero, por isso ter-se-á como sua base o estudo de Bento & Pelúcio (2012) intitulado “Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas”. Segundo essas autoras, a primeira lacuna a ser problematizada diz respeito à “diferença natural entre os gêneros”, ou seja, travestis e transexuais são doentes porque ou se nasce homem ou se nasce mulher. Essa análise resgata a necessária linearidade entre sexo-gênero-desejo para se constituir como integrante de uma sociedade (BUTLER, 1993). Derrida (1991), a esse respeito, afirma que a lógica ocidental está pautada nas concepções binárias, as quais fixam um sujeito como “fundante” e, a partir desse lugar/posição, definem o “outro”, o seu oposto subordinado. Dessa forma, pode-se compreender o binarismo homem/mulher, masculinidade/feminilidade, como únicos lugares inteligíveis. Ou seja, a reivindicação de um desses lugares só pode ser legítima pela coerência com as “normas de inteligibilidade” que são construídas socialmente (LOURO, 2013). Sendo assim, as identidades “trans” funcionam como “desestabilizadoras de certezas e provocadoras de novas percepções” (LOURO, 2013), pois, a cada momento de sua existência, questionam as normas, exigindo que as normas que regulam e materializam o sexo performem novas estratégias de poder para reiterar repetidamente a heteronormatividade pautada em “conceitos estáveis” de sexo-gênero e sexualidade (BUTLER, 1990; 1993). Nessa lógica sobre corpos e sexo, Fausto-Sterling (2001) diz que:

“(…) nossos corpos são complexos demais para dar respostas claras sobre a diferença sexual. Quanto mais procu-

ramos uma base física simples para o “sexo” mais claro fica que o “sexo” não é uma categoria física pura. Aqueles sinais e funções corporais que definimos como masculinos e femininos já vêm misturados em nossas idéias sobre o gênero”(FAUSTO-STERLING, 2001).

Corroborando essa percepção, Judith Butler (1990) rompe com a visão de que sexo está para a natureza assim como gênero está para a cultura. Ou seja, segundo Louro (2013), a partir da teoria *queer*, o sexo também pode ser entendido como sendo algo cultural, na mesma medida que o gênero o é. Dessa forma, gênero “é o meio discursivo/cultural pelo qual um ‘sexo natural’ é estabelecido como pré-discursivo” (LOURO, 2013). Assim, o sexo pode ser concebido como uma postulação, um construto que se faz no interior da linguagem e da cultura (BUTLER, 1990; LOURO, 2013).

O caráter patológico atribuído à transexualidade e à travestilidade se ancora na discordância entre o sexo atribuído no nascimento (decorrente da genitália aparente) e a posição de gênero reivindicada por essas pessoas. Estar em desacordo com as normas da natureza e questionar o privilégio e a prevalência da biologia para determinar o que deve ser considerado normal e verdadeiro colocam as pessoas transexuais e travestis num lugar que só pode ser lido a partir da legitimidade da doença e desvio.

Outro aspecto, segundo Bento & Pelúcio (2012), está relacionado à visão “suicidógena”, ou seja, o discurso produzido sobre a potencialidade suicida de travestis e transexuais de cometerem tal ato após a cirurgia de transgenitalização, que é irreversível, justifica a manutenção do acompanhamento psi-

cológico/psiquiátrico desses sujeitos. A esse respeito, Marcia Arán (2005), Berenice Bento (2006), Tatiana Lionço (2009) e Flávia Teixeira (2009; 2013) afirmam que essa argumentação reposiciona as pessoas “trans” no lugar de vítimas de sua própria “disforia de gênero”. Ou seja, já que lhe foi permitido readequar o corpo à mente, numa lógica binária biomédica, nada mais prudente que acompanhar psiquicamente esses sujeitos, pois a sua “incongruência corpo-mente” pode ser um fator predisponente para o suicídio, pois se rompe a barreira do natural para a construção de um corpo social. Entretanto, segundo dados da OMS (2011) e OPAS (2013), o que se observa é um número considerável de ideias suicidas e suicídios na população LGBT devido à persistente violência a que esses indivíduos estão submetidos.

Outro elemento que merece ser questionado é o argumento das “concessões estratégicas”, ou seja, se o “transexualismo” deixar de ser uma doença, o Estado não custeará o Processo Transexualizador (BENTO & PELÚCIO, 2012). Para problematizar esse argumento, faz-se necessário retomar os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS. Segundo Silva & Lima (2005) e Mello et al. (2011), a criação do SUS significou a busca pela concretização de serviços de saúde com universalidade de acesso, integralidade e equidade da assistência, com a autonomia dos sujeitos, rompendo, com isso, um histórico de serviços públicos ineficazes e ineficientes, decorrentes de políticas de saúde curatistas, hospitalocêntricas, privatistas e excludentes. Diante disso, passa-se a questionar o poder biomédico voltado para a doença, buscando um cuidado cada vez mais integral, que considere todas as dimensões envolvidas no processo de saúde-adoecimento-cuidado (GUARANHA, 2014).

Entende-se o princípio da universalidade como a garantia do acesso e da acessibilidade aos cidadãos em todos os níveis de assistência, sem discriminação (BRASIL, 1990; GUARANHA, 2014). Já o princípio da equidade determina que deve haver justiça no acesso e na acessibilidade aos serviços de saúde, entendendo, assim, que a diferença, a diversidade e a pluralidade das condições humanas são inerentes a nossa realidade (PAIM, 2006; ESCOREL, 2001; GUARANHA, 2014). E o princípio da integralidade refere-se à garantia de ações de promoção, proteção, cura e reabilitação em saúde, a partir das práticas profissionais, da organização dos serviços e da promoção de políticas (MATTOS, 2001; NUNES, 2016; MOSCHETA, 2011). Assim, o sentido do termo integralidade perpassa a concepção integral do sujeito, não o vendo/assistindo como uma doença/patologia, mas sim observando-o em sua totalidade, promovendo, com isto, ações que vão para além da doença, e perpassando a promoção da saúde (COSTA, 2004; MOSCHETA, 2011).

Compreendendo esses princípios e tendo a prerrogativa não-reducionista do cuidado em saúde voltado para além da doença/patologia, o MS propõe as Políticas de Promoção da Equidade (BRASIL, 2013), tendo como objetivo:

“(…) diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros.” (BRASIL, 2013).

Diante disso, a perda de assistência em saúde para a população “trans” diante da retirada do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero/Disforia de Gênero ou mesmo transexualismo incorreria no risco da manutenção da “cidadania cirúrgica” (CABRAL, 2010) ou da “cidadania hormonal” ou da “cidadania” (PELÚCIO & MISKOLSI, 2009). Por isso, a busca pelo usufruto e exercício pleno dos Direitos Fundamentais assegurados pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), performando-se um cidadão, perpassa a ruptura de uma existência condicionada a um diagnóstico, a uma cirurgia, a uma hormonioterapia e/ou a uma patologia específica como o HIV/aids.

Por fim, Bento & Pelúcio (2012) apontam como última lacuna o pressuposto da autoridade científica, ou seja, se os documentos biomédicos oficiais afirmam que existe um diagnóstico, é porque este é pautado por princípios científicos, como a reprodutibilidade do método de análise. No entanto, o que se observa nesses documentos, como o DSM-V e o CID-10, é uma explícita inexistência de métodos diagnósticos capazes de confirmar o diagnóstico, o qual está subordinado à interpretação pessoal de terceiros sobre os “verdadeiros transexuais”. Entretanto, esse poder biomédico intransigente acaba, segundo Ribeiro & Teixeira (2015), por funcionar, de acordo com o relato de uma mulher “trans” por esses autores, como:

“(…) elemento redentor do sujeito, posicionando-o, muitas vezes como “não sou culpado”, “não pude escolher” como se a ausência de escolha se transformasse em ausência de dolo, e assim a legitimasse para a vida social”(RIBEIRO & TEIXEIRA, 2015).

Diante desses questionamentos, realizados de uma forma mais potente, internacionalmente, pela Rede Internacional pela Despatologização Trans, há um avanço com relação à temática da despatologização das identidades “trans” ao se identificar que o DSM-V trabalha não mais com a concepção de “transtorno”, mas sim com a concepção de diferença marcante entre o gênero experimentado/expresso e o gênero atribuído, sendo assim denominado Disforia de Gênero (APA, 2013; ARAÚJO & LOTUFO NETO, 2014). No entanto, como apontam Bento & Pelúcio (2012), Flávia Teixeira (2009; 2013) e Berenice Bento (2014a), o que se busca para as identidades “trans” é a sua total retirada dos manuais da APA, uma vez que a presença dessas identidades nesses manuais (re)afirma a existência de algo patológico, algo anormal, algo não coerente presente nos sujeitos em questão, e o que se deseja romper é com essa visão que limita, segundo Butler (2004), a “trans-autonomia”.

REFERÊNCIAS

- Amaral DM. A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva] – Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.
- American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - DSM-IV*. 4. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas/ Loggos treinamento e Informática, 1995. 897 p.
- Benjamin H. “Travestism and Transexualism”. *Internacional Journal of Sexology*. 1953; 7(1):12-4; 1953.
- Brito CRS, Umezaki MC, Ferreira DC, Rocha LA, Corgosinho BF, Rocha RMG, Teixeira FB. Ajudando a curar o preconceito: nossos desafios na implantação do ambulatório Saúde das Travestis na cidade de Uberlândia -MG. *Revista de Educação Popular*. 2009; 8:169-74.

Bruno RRE. Transtorno de identidade de gênero: estudo de seis casos clínicos com avaliação do histórico de vida, pré e pós-operatório e funcionalidade da neovagina após transgenitalização. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Sexologia] – Universidade Gama Filho; 2004.

Butler J. *Bodies that matter: on the discursive limits of sex*. Nova York : Routledge, 1993.

Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº. 1.482, de 17 de setembro de 1997. Diário Oficial da União 19 de set de 1997;Seção 1. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm >.

Elias V de A. Para além do que se vê: das transexualidades às singularidades na busca pela alteração corporal. São Paulo. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Psicologia] - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2007.

Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

Leite Junior J. *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. São Paulo : Annablume, FAPESP, 2011. 240 p.

Lionço T. Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psiquica. Brasília. Tese [Doutorado em Psicologia] – Universidade de Brasília; 2006.

Louro GL. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. 2. ed. Belo Horizonte : Autêntica, 2013. 96 p.

Madison S. *Critical ethnography: Method, ethics, and performance*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2011.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Processo Transsexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitada as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União 19 de ago de 2008;Seção1.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 457, de 19 de agosto de 2008. Diário Oficial da União 19 de ago de 2008;Seção1.

Moore H. Understanding sex and gender. IN: Ingold T. (Org.). *Companion encyclopedia of anthropology*. London : Routledge, 1997. p. 813-30.

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

Organização Mundial de Saúde. Conferência Mundial de Saúde Sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Declaração política do Rio de Janeiro sobre determinantes sociais de saúde*. Rio de Janeiro, RJ; 2011.

Organização Panamericana de Saúde. 52º Conselho diretivo. 65ª Sessão do Comitê Regional. *Abordar as causas das disparidades em quanto ao acesso e a utilização dos serviços de saúde por parte das pessoas lésbicas, homossexuais, bissexuais e trans*. Washington, DC; 2013.

Pinto MJC. A vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas. São Paulo. Tese [Doutorado em Psicologia] – Universidade de São Paulo; 2008.

Pinto MJC. O corpo desvela seu drama: a vivência de transexuais masculinos. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Psicologia] – Universidade de São Paulo; 2003.

Saadeh A. Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. São Paulo. Tese [Doutorado em Psiquiatria] – Universidade de São Paulo; 2004.

Separavich MA, Canesqui AM. Girando a lente socioantropológica sobre o corpo: uma breve reflexão. *Saúde e sociedade*. 2010; 19(2):249-59.

Silveira EMC. De tudo fica um pouco: a construção social da identidade do transexual. Porto Alegre. Tese [Doutorado em Serviço Social] – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

Stoller R. *A Experiência Transexual*. Rio de Janeiro: Imago; 1982.

Teixeira FB, et al. Construindo saberes e compartilhando desafios na clínica da travestilidade. IN: Miskolci R, Pelúcio L. (org.). *Discursos fora da ordem: sexualidade, saberes e direitos*. São Paulo : Annablume; 2011.

Teixeira FB. Dispositivos de dor: saberes-poderes que (com)formam as transexualidade. São Paulo : Annablume, FAPESP, 2013. 320 p.

CAPÍTULO 11

CONDUTAS OBSTÉTRICAS: PERCEPÇÕES DAS PUÉRPERAS NOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Kerma Márcia Freitas

Maria Oneide Feitosa

Raimundo Tavares Luna Neto

Marina Pessoa de Farias Rodrigues

Cleciara Alves Cruz

Josué Barros Júnior

Distribuição Proibida
EdUECE

INTRODUÇÃO

No final da década de 1970, o modelo de saúde no Brasil passou a ser criticado pelos movimentos das mulheres que atuam em outros cargos na sociedade. A partir do momento em que se teve entendimento da forma impactante da relação do gênero na saúde da mulher, levantaram-se questionamentos sobre a assistência obstétrica adotada, que se seguia com o modelo de cuidados ao parto com práticas desnecessárias (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Levando em consideração que os cuidados obstétricos devem ser realizados de acordo com as necessidades da parturiente, pode-se perceber que o entusiasmo da mesma com a assistência prestada é uma maneira de se analisar a qualidade no atendimento, sendo assim possível a identificação da satisfação

da mulher de forma a proporcionar uma assistência ao trabalho de parto e nascimento voltados aos direitos dos usuários do serviço de saúde (ORSI *et al.*, 2014).

A gestação e o parto são momentos significativos na vida da mulher e dos familiares. O parto é uma etapa que acontece normalmente por processos fisiológicos e nesse momento a parturiente necessita de cuidados humanizados e com o mínimo de intervenções, porém o que se encontra nos dias atuais são momentos de violência cometidos por alguns profissionais que deveriam ser os promotores do bem-estar da parturiente (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011).

A violência contra a mulher está cada dia mais frequente na sociedade brasileira em todas as etapas da vida humana, deixando marcas e afetando diferentes classes. Aparece sempre como uma forma de apropriação sobre uma pessoa ou grupo social causando danos à sociedade, prevalecendo a diferença de gênero. É considerada não só como uma questão de abuso sexual, mas, também, como questão de abuso de poder. Na maioria das vezes, a pessoa que comete a violência usa isso como forma de apropriação através de ameaças (ALAMBERT, 2012; FREITAS *et al.*, 2011).

Por mais frequente que se encontre a violência contra a mulher em grande parte da sociedade, na maioria das vezes, não é identificada ou até mesmo entendida como normal ou de costume no gênero feminino, dessa forma o não conhecimento da violência sofrida pode contribuir para o aumento no número de casos (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2011).

Diante de algumas pesquisas, nota-se que a violência contra a mulher pode acontecer em diferentes fases da vida, inclusive no período gestacional. A violência nessa etapa da vida da mulher gera algumas dúvidas quanto aos danos que

podem ocorrer nesse período, sendo a gestação considerada como um dos fatores de risco para a violência contra a mulher (SANTOS *et al.*, 2010).

Ultimamente, o conceito de violência obstétrica vem se destacando em estudos e discussões no âmbito da saúde, embora considerado um tema novo, os maus tratos às parturientes e os cuidados no parto são relatados em diferentes períodos da história (DINIZ *et al.*, 2015).

Nos últimos dois anos, foram registradas 53 denúncias de violência obstétrica no Brasil. Os mais recentes relatos de violência obstétrica criticam exclusivamente o médico por práticas adotadas, porém é um fato a ser discutido sobre os demais profissionais de saúde que desenvolvem suas atribuições voltadas às gestantes (FEBRASGO, 2011).

Sabe-se que as investigações quanto à satisfação da mulher com a experiência do parto são poucas e que muitas dessas mulheres sofrem violência não só no parto, mas, também, no período gestacional e que, na maioria das vezes, passam despercebidas talvez porque as gestantes não tenham conhecimento de que estão sofrendo violência ou até mesmo porque tenham medo de expressar sua opinião e sentimentos. Diante disso, surgem as seguintes indagações: Qual a relação entre as condutas adotadas pelos profissionais da obstetrícia no Hospital Regional de Icó (HRI) e a violência obstétrica? Qual o conhecimento da parturiente acerca da violência obstétrica?

Mediante os destaques e elevação das discussões sobre a violência obstétrica, surgiu o interesse pela temática do estudo. Além disso, perceberam-se, a partir da experiência vivenciada no estágio extracurricular no setor de clínica obstétrica do HRI, fatos que levaram a acreditar que seria importante desenvolver essa pesquisa, na qual foi possível identificar que as

condutas adotadas por alguns profissionais se faziam desnecessárias e as mulheres, no total desconhecimento, não percebiam nem entendiam essas ações como sendo erradas ou violentas, sendo que essa situação atinge muitas mulheres de diferentes classes sociais.

Com isso, a relevância que essa pesquisa tem é a necessidade de investigar o conhecimento das mulheres atendidas no HRI quanto a seus direitos humanos, de maneira que seja possível identificar o que as mesmas sabem sobre o assunto.

O presente trabalho traz informações pertinentes que irão favorecer o aumento do conhecimento da população sobre a temática, que também poderá despertar novas pesquisas e novas descobertas no âmbito acadêmico no que diz respeito à violência obstétrica, contribuindo também na formação de profissionais de saúde conhecedores da importância de uma assistência voltada para os direitos dos usuários dos serviços de saúde. Para a unidade em estudo, servirá como análise situacional visando ao aprimoramento dos conhecimentos quanto aos direitos das parturientes e à adoção de novas práticas de humanização.

Este capítulo analisa, na percepção das puérperas, as condutas adotadas por profissionais de saúde no setor obstétrico, no Hospital Regional de Icó-CE (HRI-CE).

METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória tende a desenvolver uma verificação ampla com a finalidade de elencar problemas e hipóteses a serem pesquisados e estudados para o desenvolvimento, esclarecimento e modificação de conceitos sobre o fato apurado (GIL, 2010).

A pesquisa descritiva é constituída de uma coleta livre com base no senso comum, de acordo com a realidade da sociedade, tendo como foco principal a análise dos acontecimentos e a avaliação dos programas (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A abordagem qualitativa está relacionada à aplicação da quantificação dos eventos estudados que se baseia na história, crenças e opiniões criadas através do entendimento das pessoas quanto à maneira que se vive (MINAYO, 2014).

O estudo foi realizado no Hospital Regional de Icó (HRI), localizado no município de Icó-CE. A cidade encontra-se na região Centro-Sul do estado, cerca de 370 km de Fortaleza, a capital do Estado. Sua área de unidade territorial é de 1.871,995 km², tendo em sua população 65.456 habitantes (IBGE, 2010).

O município de Icó conta com um Hospital Regional que disponibiliza atendimento para oito municípios da 17^a Coordenadoria Regional de Saúde, dentre elas: Icó, Lavras da Mangabeira, Baixio, Ipaumirim, Cedro, Orós, Umari e Várzea Alegre, 17 Unidades de Atenção Básica onde funcionam 20 equipes de saúde da família, dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma policlínica para a qual as gestantes de alto risco são encaminhadas para assistência ao pré-natal com o médico obstetra.

A unidade em pesquisa conta com uma equipe de assistência obstétrica constituída por três médicos obstetras, oito enfermeiros, sendo três enfermeiros obstetras e cinco sem especialização, um fisioterapeuta, duas assistentes sociais, um nutricionista e dez técnicos em enfermagem. O Hospital realiza cerca de 90 a 105 partos por mês.

A escolha do Hospital Regional de Icó se deu por conta do vínculo técnico administrativo entre o HRI e a instituição

de ensino Faculdade Vale do Salgado (FVS), uma vez que a unidade em estudo é campo de estágio para os acadêmicos de enfermagem da Faculdade Vale do Salgado. Em contrapartida, o convênio da instituição de ensino com a unidade de saúde visa ao desenvolvimento de pesquisas buscando a melhoria da qualidade dos serviços.

A população do estudo foram as puérperas que passaram por atendimento no setor de obstetrícia do HRI. A pesquisa foi realizada com 12 mulheres.

Foram utilizados como critérios de inclusão para participação da pesquisa: mulheres de 18 a 49 anos de idade, puérperas e que aceitaram participar da pesquisa após apresentação e assinatura do termo de consentimento pós-esclarecido. E como critérios de exclusão: puérperas com menos de 12h de parto e cesarianas eletivas.

Os dados foram coletados a partir de uma entrevista semiestruturada contendo no roteiro questões objetivas e subjetivas que abordaram todos os assuntos que se fizeram importantes para a pesquisa, os quais englobaram os objetivos do estudo e a situação sociodemográfica das participantes.

A entrevista é uma conversa entre dois seres, dentre os quais um deles obtém dados sobre um certo assunto. É uma ação realizada com o intuito de pesquisar um determinado tema na sociedade, que possui caráter profissional (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Os dados foram coletados no mês de outubro de 2016, período durante o qual as puérperas foram abordadas na unidade de atendimento após o parto e convidadas a participar do estudo que foi realizado em local reservado para lhes garantir a privacidade.

A pesquisa foi gravada e posteriormente transcrita na íntegra, com o intuito de favorecer a qualidade da entrevista e fidedignidade dos dados.

Para análise e interpretação dos resultados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin, que busca o esclarecimento e a compreensão do que se questiona e a clareza do assunto. Os dados foram analisados através das divisões propostas pelo método de análise de conteúdo, que segue três focos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Ainda segundo a autora supramencionada, na pré-análise foi selecionado o material para organização e formação de ideias que favoreçam o estudo. A exploração dos dados deu-se pela leitura, compreensão, categorização e união dos dados coletados. O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação foram realizados através da seleção e da atribuição dos resultados favorecendo a qualidade e a validação da pesquisa.

O estudo foi realizado de acordo com os aspectos éticos e legais das pesquisas envolvendo seres humanos, regulamentados pela resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Sob a visão do ser humano e a sociedade, a resolução agrega os referenciais da bioética, como: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, com a finalidade de garantir os direitos e deveres do público em pesquisa, bem como da comunidade científica e do estado, visando ao respeito e à dignidade do ser humano (BRASIL, 2013).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (Unileão), sob o parecer nº 1.758.845. Para a realização da coleta de dados, foi enviado um pedido de autorização à Secretária da Saúde do Município de Icó - CE, através do Termo de

Anuência, e posteriormente exposto à diretoria do HRI e aos demais profissionais no setor obstétrico que tiveram interesse nos resultados.

Os riscos apresentados pela pesquisa foram de pouco agravamento pelo fato de as mulheres serem submetidas a uma entrevista, visto que os sujeitos da pesquisa poderiam sentir-se constrangidos pelo fato de a entrevista ser gravada e também por estarem de certo modo dando informações sobre o serviço prestado a elas. Para a diminuição dos riscos, realizou-se uma conversa para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa e assegurar às participantes quanto ao sigilo das suas respostas e proporcionar um ambiente calmo e de garantia de privacidade.

As participantes da pesquisa foram informadas sobre os benefícios que a pesquisa poderá proporcionar, que serão: favorecer o aumento do conhecimento da população sobre seus direitos, contribuindo também na formação de profissionais de saúde, conhecedores da importância de uma assistência voltada para os direitos dos usuários dos serviços de saúde.

RESULTADOS

Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar, na percepção das puérperas, as condutas adotadas por profissionais de saúde no setor obstétrico do Hospital Regional de Icó-CE (HRI-CE).

Características sociodemográficas

Tabela 01: Distribuição das Puérperas quanto aos dados sociodemográficos.

Idade	Número
Menos de 20 anos	01
18 a 20 anos	04
25 a 29 anos	03
30 a 34 anos	01
35 a 39 anos	02
40 a 49 anos	01
Estado civil	
Solteiro	08
Casado	03
União estável	01
Escolaridade	
Fundamental incompleto	04
Ensino médio (2º grau) completo	07
Superior completo	01
Renda Familiar	
Menos de 01 salário mínimo	03
01 salário mínimo	06
02 salários mínimos	03

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao analisar a tabela, pode-se perceber que a maioria (oito) das entrevistadas é solteira e apenas três delas são casadas e uma vive em união estável. Vale ressaltar que essa situação não é favorável para uma melhor adaptação da mulher com as mudanças que ocorrem durante a gestação, uma vez que o apoio do parceiro é de fundamental importância durante esse processo de gestação e após o nascimento.

Destaca-se ainda que os cuidados dispensados a uma criança são de certa forma difícil de realizar, uma vez que exige atenção e tempo para com a mesma, com isso acredita-se que a criação de um filho não é dever de uma só pessoa e que a presença de um parceiro irá contribuir para que os cuidados com a criança se torne mais prazeroso (MARIN; PICCININI, 2009).

Em relação à idade das puérperas, a maior parte delas (nove) encontra-se entre as idades de 19 e 34 anos, e apenas três se encontram na idade limite, entre 39 e 44 anos. Sabe-se que a idade elevada pode contribuir para algumas complicações durante a gestação. Diante da pesquisa, vê-se que a maioria das participantes se apresenta em idade favorável para um período gestacional bem sucedido.

Sabe-se que o número de gravidez acima dos 35 anos encontra-se cada vez mais elevado pelo fato de que muitas mulheres decidem adiar a gestação por resolverem procurar o parceiro ideal e uma boa estabilidade financeira. A gestação em idade fértil mais elevada pode acarretar riscos tanto para a gestante quanto para o feto, bem como uma gravidez na adolescência também pode desencadear alguns eventos adversos, tais como: partos prematuros e baixo peso ao nascer. Contudo, é possível perceber que o risco de morte perinatal encontra-se principalmente em gestações que ocorrem antes dos 15 anos e depois dos 40 anos de idade (SASS *et al.*, 2011).

Sobre a escolaridade, a grande maioria das entrevistadas declarou ter ensino médio completo (sete). Com isso, acredita-se que as participantes apresentam um bom nível de escolaridade, o que contribui para uma melhor compreensão das condutas adotadas por profissionais durante a gestação e o parto.

O nível de escolaridade pode ser de grande colaboração para o entendimento da gestante dos procedimentos realizados no momento do parto, do processo de trabalho de parto e do parto, e até mesmo diferenciar se uma conduta é correta ou incorreta (MEDEIROS *et al.*, 2016).

No entanto, foi possível perceber que, embora as entrevistadas tenham bom nível de escolaridade, a percepção e o entendimento das participantes sobre a temática em estudo encontrma-se deficientes.

Tabela 02: Distribuição das puérperas quanto ao tipo de parto.

Tipo de parto	Número
Vaginal	09
Cesário	03

Fonte: Dados da pesquisa.

Para melhor compreensão dos resultados encontrados no decorrer da pesquisa, os dados analisados deram origem a quatro (4) categorias: *Direito de escolher a posição de parir; Procedimentos obstétricos realizados e acolhimento da equipe; Direito ao acompanhante no momento do parto; e Conhecimento sobre violência obstétrica.*

O período gestacional é um momento exclusivo na vida da mulher, e durante esse processo muitas alterações vão ocorrer, tanto no corpo como no emocional, e, além dessas mudanças, ainda se criam expectativas e idealizações para o momento do parto que, na maioria das vezes, são frustradas, pelo fato de grande parte das gestantes não ter nem o direito de opinar sobre algo que desejaria no momento de seu parto.

Diante dos dados coletados sobre o questionamento da equipe em relação à escolha para a posição do parto, constatou-se que, das entrevistadas, apenas uma delas foi questionada em que posição gostaria de ficar para o nascimento do seu bebê. Nota-se que, para algumas, o importante era o nascimento do seu filho e para outras houve por parte da equipe de saúde falta de atenção e apoio durante o parto, isso de acordo com as falas das entrevistadas.

'Não, não, meu filho vindo ao mundo tá bom' (p. 02).

'Não! Sim, seria melhor né? Pra se sentir mais apoiada' (p. 05).

'[...] eles nem pergunta por que quando a gente chega na sala lá eles, manda logo a gente deitar e levantar as pernas aí pronto. Era melhor né? E eles dar mais atenção [...]' (p. 08).

Portanto, constata-se que para as gestantes atendidas nessa unidade de saúde não foi propagado o direito de opinar ou de decidirem algo no momento do parto, e que algumas informações que lhes são de direito não foram oferecidas.

Ressalta-se que as informações e a tomada de decisão quanto ao parto são direitos das mulheres, e é dever da equipe de saúde disponibilizá-las, a fim de promover a autonomia da mulher durante seu trabalho de parto e parto, tornando-se protagonista dessa etapa de sua vida (SOARES, 2015).

Corroborando com os dados supramencionados, entende-se que é direito da parturiente a escolha do método de parto, desde que apresente condições fisiológicas favoráveis, e que é de obrigação do estado garantir essa informação, assim respeitando sua opinião e o princípio da autonomia, dando-lhe a liberdade de escolha, uma vez que a mulher tem o direito de ser protagonista do seu parto e decidir através dos conhecimentos que lhe devem ser repassados (MACEDO; ARRAES, 2013).

Segundo o teste da violência obstétrica, é direito de toda mulher um atendimento digno e qualificado com informações necessárias, consentimento e esclarecimento, podendo a mesma se recusar a aceitar determinada conduta, com garantia de autonomia e respeito, dando-lhe direito de escolha (FRANZON; SENA, 2012).

Procedimentos obstétricos realizados e Acolhimento da equipe

Ao avaliar as entrevistas sobre procedimentos e acolhimento da equipe, pôde-se perceber que, dos procedimentos realizados, a maioria das mulheres não foi esclarecida quanto à importância e à necessidade dos procedimentos, inclusive a realização de ocitocina e o toque vaginal, como se pode observar nas falas das puérperas:

Vários toques. O médico e duas enfermeiras (p. 06).

Nada que foi feito foi esclarecido (p. 09).

Episiotomia, administrado ocitocina, dois toques vaginais, dois profissionais, não fui esclarecida (p. 12).

Em concordância com as falas das puérperas, nota-se que em todos os procedimentos realizados nas gestantes não foram pedidos consentimento nem explicada a necessidade. Vê-se que, mesmo sabendo das informações que devem ser repassadas as parturientes e a necessidade de se esclarecer as condutas adotadas, os profissionais de saúde ainda realizam procedimentos repetidamente, e não dão a devida satisfação à gestante no momento do parto.

Contudo, deve-se atentar que algumas condutas realizadas pela equipe de saúde, no momento do parto, tais como: episiotomia, sem orientar ou pedir o consentimento da mulher, toque vaginal, realizado diversas vezes e por vários profissionais, e administração de medicações que acelerem o trabalho de parto são considerados violência obstétrica (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Em relação ao acolhimento da equipe de saúde, grande parte das entrevistadas, 11 delas, falou que o acolhimento foi ótimo ou excelente. Apenas uma das entrevistadas relatou um

péssimo atendimento e a ausência de humanização. Nota-se isso através das falas das participantes:

‘Tem uns técnicos de enfermagem lá que é muito bom [...]’ (p. 08).

‘Péssima! Uma que eles diziam que eu não tinha porque eu não queria, porque eu não ajudava [...]. [...] lá dentro da sala enquanto tava operando ele dizia piada, que era um Cesário sem necessidade, que na hora de fazer eu tive força e tudo e na hora de ter eu não tenho.’ (p. 09).

Sabemos que é direito da gestante um acolhimento digno e de qualidade com procedimentos e atendimentos humanizados, dando-lhes a devida atenção no momento do parto. Nessa unidade de saúde, a maioria das participantes da entrevista relatou que o atendimento foi adequado, porém notou-se no momento da entrevista que algumas puérperas estavam apreensivas e até questionavam se tinha alguma coisa a ver com política, o que pode ter inibido a resposta das entrevistadas de forma mais realista.

Vale ressaltar que no momento de observação, e até mesmo como estagiária do curso de enfermagem, foram ser observadas algumas formas de acolhimento que não se enquadravam no preconizado.

O acolhimento resume-se em um atendimento adequado às usuárias dos serviços, dando-lhe total atenção e mantendo uma relação de confiança entre profissional e paciente, permitindo o acesso livre à assistência (BRASIL, 2013).

De acordo com as diretrizes da Rede Cegonha, a unidade de saúde deve garantir à gestante um acolhimento com

classificação de risco, boas práticas de cuidados e atenção no momento do trabalho de parto e parto (BRASIL, 2011).

Direito ao acompanhante no momento do parto

Diante das falas das puérperas no que diz respeito ao acompanhante durante o parto, foi possível perceber que, para duas puérperas, o direito foi negado mesmo após solicitação. Segundo elas, os profissionais justificavam a negação pelo risco de infecção. Já outras quatro relataram que foi concedido o direito após solicitação das entrevistadas e a outras três lhes foi oferecido o direito pela equipe e para três das entrevistadas nem foi solicitado por elas nem oferecido pela equipe.

'Sim! Foi o doutor que chamou' (p. 02).

'Não! Sim, pedi. Eles não deixaram, porque disse que era perigoso pegar infecção e tal' (p. 07).

'Fui, eu que pedi' (p. 11).

De acordo com os resultados da pesquisa, a unidade permite, em alguns casos, a presença de um acompanhante no momento do parto, porém, algumas vezes, embora a parituriente questione sobre a presença de um acompanhante, a equipe não permite.

É possível perceber que a presença de um acompanhante no momento do parto pode contribuir de forma significativa e ajuda a gestante a ficar mais tranquila e se sentir mais amparada, possibilitando um menor tempo de trabalho de parto (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Faz-se necessária a presença de um acompanhante no momento do parto, uma vez que o mesmo poderá dar apoio e transmitir segurança para mulher que passa por misturas de sentimentos, ajudando na evolução do trabalho de parto (SOUZA; GUALDA, 2016).

Ciente do direito da parturiente de ter um acompanhante, é dever da unidade de saúde oferecê-lo à mulher e permitir que ela possa escolher alguém de sua confiança para estar ao seu lado nesse momento.

As unidades obstétricas devem garantir que se coloque em prática a lei 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante à mulher o direito de se ter uma acompanhante de sua escolha durante seu trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

Conhecimento sobre Violência Obstétrica

Entende-se por violência obstétrica toda ação realizada por profissionais de saúde que comprometa a saúde reprodutiva da gestante através de condutas desumanas e que provoquem alterações nos processos fisiológicos do parto (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Ao avaliar o nível de conhecimento das entrevistadas acerca da violência obstétrica, nota-se que a grande maioria delas não tem a noção do seu real significado e que algumas delas até sofreram violência, porém, não perceberam. Outras descreveram a violência sofrida e relataram não ter passado por nenhum episódio de violência durante o parto. Fica claro isso com base nas falas das puérperas:

'Já! Sei lá na hora do Sofrimento a pessoa tá judiando demais' (p. 01).

'Ouvi falar, mais ou menos, acho que é com a criança, né? Na hora do parto é assim judiar, fazer alguma coisa que não é pra fazer com a mãe também' (p. 04).

'Não! Eu acho que eu não passei por isso aí não, de jeito nenhum, só que na hora eles gosta de dar carão na gente gritando, vamos logo, vamos logo se não você vai perder seu filho, num sei o que, se você não botar força essas coisas, assim que eles falam' (p. 08).

Entende-se por violência obstétrica toda e qualquer conduta desnecessária que não seja esclarecida à paciente, que não tenha o seu consentimento, além de qualquer tipo de insulto, como gritos e palavras grosseiras, fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento, como gritar, chorar ou vergonha (FLORIANÓPOLIS, 2017)

Conforme citado, é considerada violência obstétrica um atendimento desumano, sem informações, com excesso de medicação e procedimentos que alterem os processos naturais do parto, restringindo à mulher o direito de decidir ou opinar durante seu parto, causando-lhe danos na qualidade de vida (DINIZ *et al.*, 2015).

Fica claro que grande parte das mulheres sofre violência no momento do parto e não consegue identificar. Se entendem que sofreram violência, preferem não falar, talvez porque não queiram mais lembrar desse momento ou por medo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o presente estudo, a maioria das mulheres atendidas no HRI tem o ensino médio completo, o que deveria contribuir para uma melhor percepção dos seus direitos sexuais e reprodutivos, porém notou-se que, embora tenham um nível de escolaridade desejável, elas não conseguem identificar o que é direito delas e o que seria uma assistência adequada.

Com esse estudo, observou-se que em relação às condutas obstétricas adotadas, mesmo sendo essas desnecessárias e rotineiras, as puérperas entendiam que tinham que passar por isso. Por mais que tivessem medo ou se sentissem desamparadas, achavam que era correto. Fica claro que as participantes da pesquisa não entendem que possuem direitos, que são amparadas por lei e que não têm o real conhecimento das condutas corretas que lhes devem ser dispensadas.

Ressalta-se que algumas condutas adotadas pela equipe de saúde e descritas por algumas puérperas podem ser consideradas violência obstétrica, uma vez que violência obstétrica é entendida como qualquer procedimento que não se faz necessário e que possa trazer algum dano para a mulher, tanto na vida sexual e reprodutiva quanto no seu psicológico.

Em um atendimento obstétrico baseado nas necessidades da paciente, focam-se o direito de participação e a autonomia da mulher, ficando claro que a informação encontra-se como fator principal para que a parturiente tenha a oportunidade de escolher ou de não aceitar qualquer procedimento realizado no seu parto.

Porém, ficou claro que as mulheres atendidas no HRI não conseguem identificar tais procedimentos como algo que seja dispensável no momento do atendimento. Nota-se que elas

acreditam que aquilo é passageiro e que os profissionais de saúde têm autonomia para realizar as condutas que eles quiserem.

Acredita-se que esse estudo irá contribuir, de certa forma, para um melhor entendimento da população das condutas que realmente são necessárias no momento do parto, o que são atendimentos humanizados e para melhorar o índice de conhecimento das mulheres acerca dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Considera-se de suma importância a autonomia da mulher no momento do parto, cabendo a equipe de saúde oferecer-lhe as informações necessárias para se obter um bom desempenho durante trabalho de parto e parto, garantindo que a parturiente seja protagonista dessa etapa.

Contudo, vemos que a violência obstétrica e condutas desnecessárias sem esclarecimento à parturiente só aumentam e que as mulheres aceitam tais procedimentos e não questionam por não terem o conhecimento do que é certo na assistência ou até mesmo por medo das atitudes dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação saúde educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, jan., 2011.

ALAMBERT, Z. **As camponesas e os camponeses da via camponesa dizem: basta de violência contra as mulheres**. Cartilha VCSudamérica, 2012. Disponível em: <http://www.mmcbrazil.com.br/site/materiais/cartilha_vc_sudamerica.pdf>. Acesso em: 27 de mar., 2016.

ANDRADE, B.P.; AGGIO, C. de. M. **Violência obstétrica: a dor que cala**. Maio de 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em: 20 de fev., 2016.

ARAÚJO, L.A.; **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70 ed. São Paulo, 2011.

BISCEGLI, T. S.; GRIO, J.M.; MELLES, L.C.; RIBEIRO, S. R. M. I.; GON-SAGA, R. A. T. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. **Cuidarte enfermagem**, Bucaramanga, v.9, n. 1, p. 18-25, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Publicada no DOU nº 12, 13 de jun de 2013a – Seção 1 – Pág. 59. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 24 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**. Secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. **Secretaria executiva**. Brasília-DF, mar. 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em 22 de mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.45, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema único de saúde, a rede cegonha. 24 jun.2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em 22 de mar.2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 569, de 01 de junho de 2000**. Considera que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania. 01 jun.2000.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Secretaria de Atenção à saúde, departamento de atenção básica, Brasília, 2010.

_____. Presidência da república federativa. Lei 11.108, de 07 de abril de 2005. Garante as parturientes o direito a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. **184º da independência e 17º da república**, Brasília - DF, 7 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>, Acesso em: 18 de mar. 2016.

_____. Presidência da república federativa. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da união**, Brasília-DF, 20 de set. 1990. Seção 1, p.18055. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-365093-publicacaooriginal-pl.html>>, acesso em: 18 de mar. 2016.

_____. Presidência da república federativa. Lei n.11.340, 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, altera o código de processo penal, o código penal e a lei de execução penal e dá outras providências. **185º da independência e 118º da república**, Brasília-DF: 7 ago.2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>, acesso em 18 de mar. 2016.

_____. Presidência da república federativa. Lei n.11.634, de 27.12.2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do sistema único de saúde. **Conteúdo jurídico**, Brasília-DF: 21 set. 2008. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/vade-mecum-brasileiro,lei-n-11634-de-27122007-dispoe-sobre-o-direito-da-gestante-ao-conhecimento-e-a-vinculacao-a-maternidade-onde-,21136.htm>>. Acesso em: 18 de mar. 2016.

_____. Secretaria de informação legislativa. Decreto nº 91.696, dispõe sobre a autonomia administrativa e financeira do conselho nacional dos direitos da mulher. CNDM, de que trata a lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985, e dá outras providências. **164º da independência e 97º da república**, Brasília-DF, 27 set. 1985. Disponível em: <<http://compromissoeatividade.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Avon-Ipsos-pesquisa-violencia-2011.pdf>>. Acesso em: 10 de mar. 2016.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. S. Largada sozinha, mas tudo bem: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação saúde educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 405-418, 2013.

CAMACHO, K. G.; VARGENS, O. M. da C.; PROGIOANTI, J. M.; SPINDOLA, T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectiva de gestantes. **Ciência y enfermagem**, Concepcion, v. 16, n. 2, p. 115-125, 2010.

DINIZ, N. M. F.; GESTEIRA, S. M. dos. A.; LOPES, R. L. M.; MOTA, R. S.; PEREZ, B. A. G.; GOMES, N. P. Aborto provocado e violência doméstica entre as mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador. BA. **Rev bras enfer**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1010-1015, Nov. 2012.

DINIZ, S. G.; SALGADO, H. de. O.; ANDREZZO, H. F. de. A.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. de. A.; NIY, D. Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of human growth and development**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 376-377, 2015.

FEBRASGO. Recomendações contra a violência obstétrica. **Notícias**, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=10483>>. Acesso em: 20 de fev. 2016.

FLORIANÓPOLES. Lei 17.097 de 19 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. **Diário Oficial de Santa Catarina**, nº 20.457, p. 2-3. DIOESC Imprensa Oficial. Florianópolis, SC, 2017

FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E. P. **Rotinas em ginecologia**. Ed, 6. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FRANZON, A. C. A.; SENA, L. M. **Teste da violência obstétrica: violência obstétrica é violência contra a mulher**. Mai. 2012. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em: 20 de fev. 2016.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230380&search=||infográficos:-informações-completas>>. Acesso em 24 de abr. 2016.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; BITTAR, D. B. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 524-529, set de 2011.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; CASHION, K.; ALDEN, K. R. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Ed 10. Rio de Janeiro, 2012.

MACEDO, G. M.; ARRAES, R. Autonomia da gestante na escolha do parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar brasileira. In: VII Jornada de Sociologia da Saúde - Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura. 2013, Curitiba. **Anais VII Jornada de Sociologia da Saúde - Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura**, Curitiba 2013.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos, 7. ed, São Paulo: Atlas, 2011.

MARIN, A. L.; PICCININI, C.A. Famílias uniparenterais: a mãe solteira na literatura. **Pucrs**, Porto Alegre, v.40, n. 4, p. 422-429, out/dez., 2009.

MARTINS, M. F. S.V.; REMOALDO, P. C. Representação da enfermeira obstetra na perspectiva da mulher grávida. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 360-365, maio de 2014.

MEDEIROS, N. C. M.; MARTINS, E. N. X.; CAMBOIM, F. E. F.; PALMEIRA, M. N. F. A. L. Violência obstétrica: percepção acerca do parto normal. **Tema em saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 2447-2131, 2016.

MINAYO, M. C. de S. **Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, ed. 13. São Paulo: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F.; GALIZA, F. T.; MONTEIRO, L. C. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: a percepção de puérperas. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 247-53, abr/jun., 2011.

OLIVEIRA, R. R. L.V. **Violência contra a mulher no período gestacional**: uma revisão integrativa, 2015. 46 f. (Monografia). Faculdade Vale do salgado – FVS. Curso de bacharelado em Enfermagem. Icó, Ceará, 2015.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos**: cuidados ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ORSI, E.; BRUGGEMANN, O. M.; DINIZ, C. S. G.; AGUIAR, J. M.; GUSMAN, C. R.; TORRES, J. A.; TUESTRA, A. A.; RATTNER, D.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 154-168, 2014.

PERDOMINI, F. R. I.; BONILHA, A. L. L. A. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 445-52, jun/set., 2011.

SANTOS, S. A. S.; LOVISI, G. M.; VALENTE, C. da. C.B.; LEGAY,L.; ABELHA. A. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Cad saúde col**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 483-493, 2010.

SASS, A.; GRAVENA, A. A. F.; PELLORO, S. M.; MARCON, S.S. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Rev Gaúcha de enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 352-8, jun., 2011.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. de. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc Anna Nery**, rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 424-431, jul. 2015.

SILVA, M.G.; MARCELINO, M.C.; RODRIGUES, L. S. P.; TORO, R. C.; SHIMO, A. K. K. Violência obstétrica na visão de enfermeiros obstetras. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 720-728, set. 2014.

SILVA, RODNEY. Projeto institui regras para realização de partos no Brasil. **Jornal da ordem**, Porto Alegre, 28 de novembro 2016. <http://www.jornaldaordem.com.br/noticia-ler/projeto-institui-regras-para-realizacao-partos-no-brasil/34190>> acessado em 20 de agosto de 2016.

SILVA, R. C. da. S.; SOARES, M. C.; JARDIM, V. M. da. R.; KERBER, N. P. da. C.; MEINCKE, S. M.K. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 629-636, jul. 2013.

SOARES, M. L. **A participação da mulher no processo decisório de seu parto**, 2015.30fls. Monografia. Faculdade de ciência da saúde da universidade de Brasília, 2015.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde soc**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

CAPÍTULO 12

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Hermínia Maria Sousa da Ponte

Priscila Linhares Oliveira

Amélia Romana Almeida Torres

José Machado Linhares

Francisca Alanny Rocha Aguiar

Ana Maria Fontenelle Catrib

Distribuição Proibida
EdUECE

Introdução

A violência configura-se como uma dramática vivência de negação do humano, evocando sentimentos de vergonha, humilhação, medos, que caracterizam a tensão e as dificuldades de falar sobre a situação vivida. Trata-se de uma experiência de violação de direitos e de conflitos interpessoais que envolvem rompimentos nas relações de intimidade e confiança, permeados de julgamentos morais e modelos de masculinidade e feminilidade que desqualificam as mulheres no exercício de suas subjetividades (SCHRAIBER, 2009).

Para Zago (2013), a violência é uma questão social, a qual se transforma em um mote para a área da saúde, por afetar o indivíduo, a sociedade, necessitando, portanto, de prevenção e tratamento, o que conduz à formulação de políticas especí-

ficas e organizações práticas peculiares aos setores da saúde. Ou seja, percebe-se que os profissionais de saúde necessitam de um maior treinamento para detecção desses casos de violência, a fim de poder desenvolver um plano de cuidado não só dos ferimentos, mas sim dar apoio e proteção a essas pessoas.

A violência se torna um tema mais ligado à saúde por estar associada à qualidade de vida, pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares e, também, pela concepção ampliada do conceito de saúde (MINAYO, 2006).

As violências são eventos considerados intencionais e compreendem a agressão, o homicídio, a violência sexual, a negligência/abandono, a violência psicológica, a lesão autoprovocada, entre outras. Tanto os acidentes quanto as violências são eventos passíveis de prevenção.

A pesquisadora Cecília Minayo afirma que por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de Saúde Pública nem um problema médico típico. Mas ela afeta fortemente a saúde e provoca:

Morte, lesões e traumas físicos e um sem número de agravos mentais, emocionais e espirituais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; Exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; Coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; e evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos” (MINAYO, 2006 p. 28).

O crescimento das taxas de morte e de internação por violência em hospitais públicos mostra um processo de exacerbação das relações sociais das formas violentas de resolver conflitos entre os brasileiros. Neste Capítulo, iremos direcionar a discussão à violência contra a mulher, tanto na perspectiva da violência interpessoal quanto na autoprovocada, no âmbito da notificação em Hospital de referência em atendimento a urgência.

A violência contra a mulher é considerada um fenômeno social complexo, multicausal e histórico, que afeta indivíduos, famílias, comunidades e a sociedade como um todo, cuja superação necessitará do envolvimento de diferentes segmentos sociais, exigindo vários olhares e diferentes modalidades de intervenção.

O Brasil é signatário da Convenção para a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra a Mulher e, para dar cumprimento a esta, foi publicada, em 2006, a Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha). Essa Lei define os tipos de violência doméstica contra a mulher, oferece penas mais duras aos agressores e cria mecanismos de maior proteção judicial e policial às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

Dois aspectos são importantes para a violência ser entendida como pertencente ao campo da saúde: a ampliação do conceito de saúde, que considera qualquer agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade de vida como parte de sua atuação; e o fato de a violência afetar profundamente a vida e a saúde das pessoas, além de ter alto potencial de morte (WHO, 2012). O combate à violência contra mulheres requer acesso a tipo complexo de atenção e de serviços de saúde, exigindo, assim, tratamento da questão sob enfoques que extrapolam recursos tradicionalmente empregados pela área da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, a violência contra a mulher pode ser definida como qualquer conduta de ação ou omissão de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples fato de a vítima ser mulher e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Essa violência pode acontecer tanto em espaços públicos como domésticos (BRASIL, 2005).

Para Moreira (2008) e Labronici (2010), os fatores que predisõem e contribuem para violência, bem como a vulnerabilidade da mulher, podem ser relacionados à falta de abrigo, falta de apoio familiar, dependência financeira, medo do agressor e insegurança, que certamente exigirão coragem para partir da ruptura ao enfrentamento da situação. Somam-se a esses os fatores sociais, tais como baixa escolaridade e desemprego, além de hábitos, como dependência de drogas ilícitas e o álcool, considerados precipitantes de episódios de violência.

De acordo com Pinafi (2007), a violência contra a mulher traz em seu seio estreita relação com as categorias de gênero, classe e raça/etnia e suas relações de poder. Tais relações estão mediadas por uma ordem patriarcal proeminente na sociedade brasileira, a qual atribui aos homens o direito a dominar e controlar suas mulheres, podendo, em certos casos, atingir os limites da violência.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde divide a violência em três tipos: violência dirigida a si mesmo (autoinfligida), violência interpessoal e violência coletiva. A violência interpessoal refere-se à violência entre indivíduos. Esta categoria subdivide-se em violência familiar/violência na relação íntima e violência comunitária (OMS, 2002).

A violência autoprovocada, também conhecida como violência autoinfligida, compreende os comportamentos suicidas e os autoabusos. Os comportamentos suicidas incluíram o suicídio, a ideação suicida e as tentativas de suicídio. O conceito de autoabuso nomeia as agressões a si próprias e as automutilações (BRASIL, 2005).

No âmbito da violência interpessoal, os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que Brasil é o quinto país em homicídios de mulheres, ou seja, 4,8 homicídios acontecem em cada 100 mil mulheres. A Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR), através do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher, divulgou no balanço dos atendimentos realizados de janeiro a outubro de 2015, pela Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), que 38,72% das mulheres em situação de violência sofrem agressões diariamente (BRASIL, 2015).

Devido a esse aumento da violência, o Brasil cria a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, através da Portaria nº 11.737 MS/GM, de 16 de maio de 2001 (MINAYO, 2006). Essa política tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas (CECILIO, 2012).

Outra estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) para identificar a violência no País foi o decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004, que regulamenta, em específico e para todo o território nacional, a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher e atribui ao MS a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela. Ainda em 2004, a Portaria MS/GM nº 2.406,

de 5 de novembro, institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação nos serviços de saúde, sendo utilizada como instrumento de investigação a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoada (BRASIL, 2004).

O desvelamento dessa realidade só é possível quando se criam instrumentos de notificação e monitoramento no âmbito da saúde. Ciente que essa realidade ainda é muito subnotificada, pois nem toda violência adentra imediatamente ao serviço de saúde de urgência, em compensação quando chegam os casos mais graves, predominantemente no âmbito da violência física e da violência autoprovoada. A violência psicológica, financeira e sexual numa relação familiar, por não trazerem marcas imediatas, ficam subestimadas tanto pela vítima quanto pelos trabalhadores da saúde. Sendo assim, a notificação compulsória de doenças tem sido ainda a principal fonte de investigação epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo de informação-investigação-ação.

Lima e Deslandes (2011) apontam que é de suma importância o investimento na descrição do processo de notificação da violência. Parte-se da premissa de que a notificação é uma informação que vai desencadear medidas de proteção e neste processo estão previstas etapas que vão desde a abordagem à vítima de violência até o acompanhamento do caso, demandando a mobilização de recursos materiais e humanos e o trabalho em parceria com a rede de apoio.

O Estudo de Conclusão de Curso de Enfermagem, realizado no município de Sobral-CE, através do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) do Hospital Santa Casa de Sobral

(SCMS), o qual é hospital de referência da Região Norte para os casos de violência, realizou uma análise epidemiológica sobre a violência contra a mulher adulta na macrorregião de Sobral dos casos notificados nos anos de 2013, 2014 e 2015, caracterizando o perfil das mulheres vítimas de violência; o local de ocorrência da violência; e descreveu os tipos de violência contra a mulher adulta, tanto a violência interpessoal como a autoprovocada e os meios de agressão.

METODOLOGIA

O estudo epidemiológico foi realizado na Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) através do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) na cidade de Sobral-CE. A SCMS é um hospital de ensino, referência para 61 municípios da Macrorregião de Sobral, com atendimento predominantemente de urgência.

O estado do Ceará conta com oito NHE distribuídos nas três macrorregiões de saúde. A partir da Resolução 20/2005, a constituição da Rede ficou composta por 6 hospitais na Macrorregião de Fortaleza, 1 na Macrorregião de Sobral e 1 na Macrorregião do Cariri (CEARÁ, 2005).

A população do estudo foi constituída por casos de violência contra a mulher, na faixa etária de 20-34, 35-49 e 50-64, excluindo as outras faixas etárias, pois pegava crianças, adolescentes e idosos. Esses casos foram notificados pelo NHE no SINAN, referentes aos últimos três anos, de 2013 a 2015, quando a ficha de notificação foi modificada de Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais para ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada.

A coleta de dados foi extraída do banco de dados do NHE, a partir do Sistema Nacional de Agravos Notificados (SINAN), em forma de tabelas de distribuição de frequência geradas pelo aplicativo TabNet e importadas pelo programa TabWin, ambos desenvolvidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e alimentado através da ficha de notificação compulsória. Para o presente estudo, utilizaram-se os dados de algumas variáveis da ficha de investigação de violência interpessoal/autoprovocada.

A análise deu-se através de tabelas e gráficos. Este modelo facilita a visualização e a leitura dos dados coletados, abrindo margem para comparação, discussão e julgamento, e dialogados conforme a literatura.

Obedeceu à resolução nº 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos. Diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na resolução devem ser cumpridas nos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, que devem ainda atender aos fundamentos éticos e científicos.

RESULTADOS

Caracterização do perfil das mulheres vítimas de violência

No período de 2013 a 2015, foi registrado um total de 247 casos de violência interpessoal entre mulheres.

Tabela 01. Distribuição do número de notificações de violência contra a mulher, segundo características demográficas por faixa etária.

FAIXA ETARIA	20-34		35-49		50-64		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RAÇA	146	59,11	83	33,60	18	7,29	247	100
Branca	2	1,37	0	0	0	0	2	0,81
Preta	1	0,68	1	1,20	0	0	2	0,81
Amarela	0	0,00	0	0	1	5,5	1	0,40
Parda	143	97,95	82	98,8	17	94,4	242	97,98
Indígena	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00
ESCOLARIDADE								
Ign/Branco	35	23,97	21	25,30	3	16,67	59	23,89
Analfabeto	2	1,37	4	4,82	2	11,11	8	3,24
1ª a 4ª série incompleta do EF	5	3,42	12	14,46	4	22,22	21	8,50
4ª série completa do EF	5	3,42	5	6,02	1	5,56	11	4,45
5ª a 8ª série incompleta do EF	54	36,99	32	38,55	7	38,89	93	37,65
Ensino fundamental completo	3	2,05	1	1,20	0	0,00	4	1,62
Ensino médio incompleto	16	10,96	2	2,41	0	0,00	18	7,29
Ensino médio completo	17	11,64	5	6,02	1	5,56	23	9,31
Educação superior incompleta	7	4,79	0	0,00	0	0,00	7	2,83
Educação superior completa	2	1,37	1	1,20	0	0,00	3	1,21
SITUAÇÃO CONJUGAL								
Ignorado, Branco	20	13,70	12	14,4	2	11,1	34	13,77
Solteiro	57	39,04	22	26,5	3	16,6	82	33,20
Casado/União Consensual	60	41,10	41	49,3	11	61,1	112	45,34
Viúvo	1	0,68	2	2,4	0	0	3	1,21
Separado	4	2,74	6	7,2	2	11,1	12	4,86
Não se Aplica	4	2,74	0	0	0	0	4	1,62

Fonte: Santa Casa de Sobral, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) – SINAN.NET, Sobral-CE, 2013-2015.

Em relação a sua distribuição etária, 146 casos (59,11%) de mulheres com idade entre 20-34 anos, 83 casos (33,60%) de mulheres com idade entre 35-49 anos e 18 casos (7,29%) de mulheres com idade entre 50-64 anos.

Segundo Ferraz (2012), os casos de agressão evidenciam uma elevada incidência de violência no ambiente doméstico, contra mulheres adultas jovens, o que significa a faixa economicamente mais ativa entre as mulheres.

Quanto à raça, a maioria se autodeclararam de raça parda, 242 casos (97,98%), da soma total de todas as idades, sendo branca e preta um total de 0,81% cada, e que se declararam amarela apenas 0,40%, informação contida no campo 15 da ficha.

Com isso, consolidam uma mudança na distribuição ou recuperação da identidade racial no Brasil nas últimas décadas, que segundo os dados divulgados pelo setor de Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada anualmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há um significativo aumento da população que se declara negra ou parda (IBGE, 2010).

Nas características sociodemográficas das mulheres que vivenciaram situações de violência, percebemos que a maioria das mulheres possui uma baixa escolaridade, predominante de 5ª a 8ª série incompleta do EF, equivalente a 93 casos (37,65%), e 8 casos (3,24%) são analfabetas, tendo 23 casos (9,31%) ensino médio completo e apenas 3 casos (1,21%) possuem educação superior completa, dados relacionados as três faixas etárias.

Outra pesquisa realizada por Meneghel e Hirakata (2011) no Brasil, entre o ano de 2003 e 2007, mostra que aproximadamente 20.000 mulheres morreram por agressão, sendo a grande maioria de baixa escolaridade, 50,7% da amostra eram negras e pardas, e mais da metade dos homicídios de mulheres corresponde a feminicídios causados pelas desigualdades de gênero.

Com isso, mostra que a baixa escolaridade constitui condição da mulher vitimizada, de acordo Ferraz (2012), embora agressões ocorram com mulheres de todos os níveis educacionais (GARCIA, 2008). Esta é uma realidade comum entre

as mulheres que sofrem violência, apesar do reconhecimento de que a violência ocorre em diversas classes sociais. Sabe-se que quando a mulher não tem formação escolar, isso contribui para que a mesma permaneça no ciclo da violência devido à dependência financeira.

Moreira (2015) realizou um estudo sobre a violência sexual em mulheres, nos Estados do Brasil, referente ao período de 2009 a 2013, mostrando que a escolaridade é mais frequente entre 5ª e 8ª série incompleta (24,9%), e que o campo ignorado foi bastante alto, sendo presente em 30,7% das notificações.

A situação conjugal/estado civil, a maioria das mulheres era casada/união consensual, sendo 112 casos (45,34%), em seguida, as mulheres solteiras, com 82 casos (33,20%), viúvas e separadas somam juntos 29 e 15 casos (6,07%), e o ignorado/branco tem também um elevado número com 34 casos (13,77%), dados referentes as três faixas etárias.

A permanência em um casamento ou em uma união estável na qual exista violência, seja qual for o motivo, aponta para uma sociedade na qual há uma série de funções para o homem e para a mulher, que são dadas como próprias ou “naturais” de seus respectivos gêneros, construindo socialmente as relações entre eles (ROMAGNOLI, 2015).

Maia (2012) aponta as seguintes razões dadas pelas mulheres para permanecer em relações violentas: histórico familiar, a assimilação/introspecção da ideia de “culpa”, a vergonha moral, a ideologia do casamento indissolúvel, a ameaça e o terrorismo psicológico que produzem o medo, a acomodação e a certeza da impunidade dos agressores.

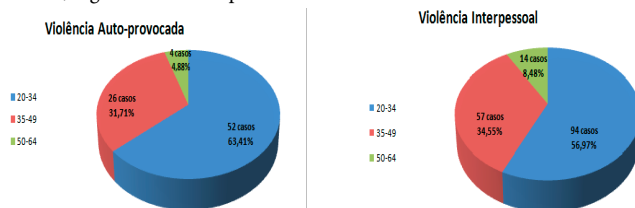
Caracterização quanto aos casos de violência interpessoal e a autoprovocada

A ficha utilizada para notificar casos de acidentes e violências é denominada ficha de notificação e investigação individual de violência interpessoal/autoprovocada, e pode ser preenchida por qualquer profissional de saúde.

É feita a notificação desses casos de violência de forma compulsória, e é de responsabilidade de todo profissional de saúde que realizar o atendimento à vítima. O instrumento de coleta utilizado é a ficha de notificação, que contém informações da vítima e do agressor, bem como local de ocorrência e meios de agressão, além dos encaminhamentos.

Os acidentes e as violências correspondem às causas externas de morbidade e mortalidade. Os acidentes englobam as quedas, o envenenamento, o afogamento, as queimaduras, o acidente de trânsito, entre outros; já as violências são eventos considerados intencionais e compreendem a agressão, o homicídio, a violência sexual, a negligência/abandono, a violência psicológica, a lesão autoprovocada, entre outras. Tanto os acidentes quanto as violências são eventos passíveis de prevenção (SINAN, 2012).

Gráfico 01 - Distribuição das notificações de violência interpessoal e autoprovocada, segundo os dados por faixa etária.



Fonte: Santa Casa de Sobral, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) – SINAN.NET, Sobral –CE, 2013-2015.

Na relação entre a violência interpessoal e a violência autoprovocada, a primeira é maior, com 165 casos (66,80%) notificados, sendo mais da metade dos casos, em relação à violência autoprovocada, que foi 82 (33,20%) casos notificados, dados referentes as três faixas etárias analisadas. É notório que as mulheres mais atingidas, seja por violência interpessoal ou autoprovocada, são da faixa etária de 20-34 anos, jovens com início muitas vezes na vida profissional, e acabam tendo que para conta da violência sofrida, seja ela grave ou não, geram dados e sofrimentos.

Análise quanto ao provável agressor e ao local da violência contra mulher

Tabela 02 – Distribuição das notificações de violência contra a mulher, segundo os dados do provável agressor.

FAIXA ETARIA	20-34		35-49		50-64		TOTAL		IGN
PROVÁVEL AGRESSOR	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
Pai	4	2,65	0	0	0	0	4	1,61	14
Mãe	4	2,65	0	0	0	0	4	1,61	14
Padrasto	1	0,66	0	0	0	0	1	0,4	14
Conjuge	21	13,91	12	15	1	5,88	34	13,71	15
Ex-conjuge	6	3,97	7	8,75	0	0	13	5,24	14
Namorado (a)	2	1,32	2	2,5	0	0	4	1,61	14
Ex-namorado (a)	0	0	1	1,25	0	0	1	0,4	14
Filho (a)	1	0,66	2	2,5	4	23,53	7	2,82	14
Irmão (a)	2	1,32	2	2,5	0	0	4	1,61	14
Amigos/conhecidos	21	13,91	12	15	5	29,41	38	15,32	14
Desconhecidos	30	19,87	13	16,25	3	17,65	46	18,55	14
Própria pessoa	57	37,75	29	36,25	4	23,53	90	36,29	14
Outros vínculos	2	1,32	0	0	0	0	2	0,81	14

Fonte: Santa Casa de Sobral, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) – SINAN.NET, Sobral- CE, 2013-2015.

Neste estudo foi analisado qual seria o provável agressor (vínculo ou grau de parentesco) da vítima, e o agressor desconhecido foi maior, tendo 46 casos (18,55%). Em seguida, temos amigo/conhecido como segundo maior agressor, com 38 casos (15,32%), valores referentes as três faixas etárias analisadas.

A violência cometida por parceiro íntimo (cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado), neste estudo, não foi tão elevado. Diante desses dados, vai a discordância com outros estudos e artigos que têm como maior agressor da violência o parceiro íntimo.

Segundo dados deste estudo, os cônjuges, ex-conjuges, namorados e ex-namorados somam juntos 52 casos (20,97%) das três faixas etárias. Tendo o cônjuge como maior agressor da violência, com 34 casos (13,71%), nas três faixas etárias, ex-cônjuges, com 13 casos (5,24%), e em que o agressor foi o namorado, houve 2 casos (1,32%), na idade de 20-34 anos, e 2 casos (2,5%), na idade de 35-49 anos, e apenas um caso (1,25%), na idade de 35-49 anos, em que o agressor foi o ex-namorado.

Como diz Garcia (2008), em relação ao vínculo do agressor com a vítima, na grande maioria dos casos a violência foi provocada pelo marido ou companheiro, fato identificado em outro estudo. Esta constatação remete ao enfoque da violência conjugal na perspectiva de gênero: o abuso dos homens em relação às suas companheiras é o mais prevalente e o mais grave.

As diferenças de gênero, papéis e comportamentos muitas vezes criam desigualdades nas relações, definindo papéis de subordinação das mulheres aos homens. Assim, em muitas sociedades, mulheres de fato são vistas como subordinadas aos homens (WHO, 2010).

É possível identificar, analisando os dados, que na faixa etária de 20-34 anos, cinco casos tiveram mais de um agressor,

observando que a violência muitas vezes pode ser cometida por mais de uma pessoa. A violência contra as mulheres, em geral, é cometida por pessoas do convívio familiar, conforme estabelecido no atual estudo. A OMS ressalta, ainda, que o agressor, na maioria das vezes, é o parceiro íntimo (WHO, 2013).

Nesse campo, temos ainda como provável agressor a própria pessoa, ou seja, aquela que pratica a violência contra si mesma, e foram notificados 90 casos (36,29%) referentes as três faixas etárias, sendo um número bastante elevado, principalmente nas idades de 20-34 anos, que são mulheres adultas jovens. São vários os motivos que levam à violência autoprovocada, portanto, essas mulheres precisam ser acompanhadas por unidades de saúde especializadas, a fim de identificar e entender a situação de cada uma, e tentar evitar que venha a se repetir, ficando sempre atento aos sinais e sintomas, que possam levar essa mulher a cometer isso novamente.

Em relação ao local de ocorrência da violência, a maioria ocorreu na residência, com 129 casos (52,23%). Outro local em que a ocorrência é elevada são as vias públicas, com 67 casos (27,13%). Foi registrado apenas um caso (0,40%) no qual a ocorrência da violência foi em habitação coletiva, presente na faixa etária de 50-64 anos; no campo comércio/serviços, foram notificados 4 casos (1,62%).

Os resultados encontrados através deste estudo reafirmam o que as pesquisas de Labronici (2010) constataram: o ambiente doméstico é o local de maior ocorrência de violência contra a mulher, sendo perpetrada pela pessoa com quem ela mantém relacionamento íntimo-afetivo. Ao traçar o mapa da violência no Brasil, Waiselfisz (2012) verificou que é no ambiente doméstico que ocorre o maior número de violência vivenciada pelas brasileiras.

Foram notificados 8 casos (3,24%) referentes a todas as idades do estudo de violência ocorrida em outros locais e 30 casos (12,15%) foram preenchidos apenas o campo ignorado/branco.

Descrição dos tipos de violência contra mulher

Tabela 05 - Distribuição das notificações de violência contra a mulher, segundo os dados do tipo de violência.

FAIXA ETARIA	20-34		35-49		50-64		IGN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TIPO DE VIOLÊNCIA	159	58,46	92	33,82	19	6,99	2	0,74	272	100
Física	114	71,7	65	70,65	13	68,42	0	0	192	70,59
Psicológica/moral	37	23,27	23	25	3	15,79	2	100	65	23,9
Tortura	0	0	1	1,09	0	0	0	0	1	0,37
Sexual	1	0,63	0	0	0	0	0	0	1	0,37
Negligencia e abandono	2	1,26	0	0	2	10,53	0	0	4	1,47
Outras	5	3,14	3	3,26	1	5,26	0	0	9	3,31

Fonte: Santa Casa de Sobral, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) – SINAN.NET, Sobral-CE, 2013-2015.

Quanto ao campo ao tipo de violência, a maioria sofreu violência física, com 192 casos (70,59%), podendo ocorrer de forma aplicada isoladamente ou associada com outros meios; em seguida vem a violência psicológica/moral, sendo 65 casos (23,90%) relacionados as três faixas etárias. Cabe observar que a violência psicológica exclusiva comumente não leva as mulheres a buscar os serviços de saúde por essa queixa. Observa-se ainda que seja frequente a associação de mais de um tipo de violência por ocorrência, comumente às violências física e psicológica (SILVA, 2013).

A violência psicológica, eventualmente mais degradante que a violência física, é difícil de ser identificada em razão dos critérios para sua definição serem os limites da intimidade de convivência da vítima, essencialmente subjetivos.

Foi registrado apenas um caso (1,09%) de tortura, na idade de 35-49 anos, um caso (0,63%) de violência sexual na idade de 20-34 anos, quatro casos de negligência/abandono, sendo dois (1,26%) na idade de 20-34 anos, e dois (10,53%) na idade 50-64 anos. No campo outras violências foram registrados nove casos (3,31%) das três faixas etárias. Nesse campo, houve apenas dois ignorados (0,74%), mostra que teve o maior cuidado em preencher esse campo diminuindo, assim, a falta de informações.

A predominância de casos de violência física vem ao encontro com o citado por outros autores, como Sagim (2007), Garcia (2008) e Silva e Oliveira (2016), sendo esta a que mais incorre em lesões e requer atendimento médico sendo frequentemente associada com a violência psicológica, patrimonial ou sexual. Por este motivo, existe um aumento no número de notificações, pois muitas vezes é marcada mais de uma opção de violência.

Determinação dos meios de agressão relacionados à violência contra a mulher

Tabela 06 – Distribuição das notificações de violência contra a mulher, segundo os meios de agressão.

FAIXA ETARIA	20-34		35-49		50-64		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MEIOS DE AGRESSÃO	158	57,66	94	34,31	22	8,03	274	100
Força corporal/espancamento	39	24,68	26	27,66	9	40,91	74	27,01
Enforcamento	4	2,53	1	1,06	0	0	5	1,82
Objeto contundente	13	8,23	8	8,51	3	13,64	24	8,76
Objeto perfuro-cortante	21	13,29	18	19,15	2	9,09	41	14,96
Substancia/objeto quente	1	0,63	0	0	0	0	1	0,36
Envenenamento	51	32,28	25	26,6	4	18,18	80	29,2
Arma de fogo	17	10,76	8	8,51	1	4,55	26	9,49
Ameaça	2	1,27	2	2,13	0	0	4	1,46
Outra agressão	10	6,33	6	6,38	3	13,64	19	6,93

Fonte: Santa Casa de Sobral, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) – SINAN.NET, Sobral-CE, 2013-2015.

Em relação aos meios de agressão, identificamos que o envenenamento possui maior número de notificados, sendo 80 casos (29,20%) das três faixas etárias, porém esse número pode ser grande devido à lesão autoprovocada, que teve um total de 82 casos (33,20%) nas três faixas etárias, demonstrando a necessidade de atenção aos sinais, sintomas e fatores de risco do sofrimento psíquico nessa população.

Seguindo, temos como segundo maior meio de agressão a força corporal/espancamento, que teve 74 casos (27,01%). No campo objeto perfuro-cortante, temos 41 casos (14,96%), dados referente as três faixas etárias. Temos ainda as violências cometidas por arma de fogo, que são 26 casos (9,49%), por objeto contundente, 24 casos (8,76%), e na opção outras agressões, foram notificados 19 casos (6,93%) das três faixas etárias.

Nesse campo, assim como no tipo de violência, pode ser marcada mais de uma opção tendo um aumento no número de casos, mostrando que a mulher pode ser vítima de mais de um tipo de agressão, e de acordo com esse estudo, temos 27 casos.

Análise dos encaminhamentos dos casos de violência contra a mulher

As mulheres foram encaminhadas principalmente para as instituições de saúde e de responsabilização: em 71 dos casos, houve internações hospitalar, 60 casos foram encaminhados para a atenção básica, 69 casos, para a delegacia da mulher, 43 casos, para o centro de referência da mulher, 32 casos, para outras delegacias e 23 casos, para o ministério público.

A notificação da violência contra a mulher é realizada nas unidades de saúde, no entanto, cabe à mulher, em respeito à sua autonomia, decidir pela denúncia nos órgãos de respon-

sabilização e por sua submissão aos exames médico-periciais (PAIVA, 2014).

O Protocolo de Atendimento à Mulher em Situação de Violência: o Programa Mulher Cidadã do Município de Colombo (2012) traz as atribuições da Atenção Básica em casos de violência contra mulher, que são: identificar as situações de violência aguda ou crônica e acolher as vítimas de violência; incluir a violência intrafamiliar como um dos critérios para a identificação de população de risco para atendimento priorizado na unidade de saúde; encaminhar para serviços especializados; agendar retorno para atendimento e/ou visita domiciliar com o objetivo de acompanhamento do caso, entre outros.

O Manual para o atendimento das vítimas de violência do Ministério da Saúde define que os Hospitais Públicos devem oferecer atendimentos e serviços a qualquer cidadão vítima de violência, desde o acolhimento até a coleta de vestígios da violência sofrida. A Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) efetua ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal. Dentre estas estão: registro de Boletim de Ocorrência, instauração do inquérito e solicitação ao juiz das medidas protetivas de urgência, em situações de violência contra as mulheres (BRASIL, 2009).

E nos casos em que as vítimas necessitem de auxílio ou acolhimento, recorre-se aos seguintes órgãos: Ministério Público, que defende os direitos sociais e individuais indisponíveis aos cidadãos (direito à vida, à dignidade, à liberdade, etc.), atuando nos casos com base na Constituição e nas leis federais, como também aos 43 Centro de Referência da Mulher em situação de violência, que oferecem atendimento e acompanhamento psicológico, social, jurídico, além de orientação e

informação às mulheres em situação de violência sobre os diferentes serviços disponíveis, para prevenção, apoio e assistência (BRASIL, 2009).

A disponibilização da notificação para o serviço de saúde próximo à sua residência possibilitará para mulheres residentes em outros municípios o devido acompanhamento e encaminhamento do caso. As fichas de outros Municípios deverão ser encaminhadas para a Secretaria da Saúde de Sobral, é filtrado as notificações de Sobral, as outras são encaminhadas à Regional de Saúde para a distribuição dos respectivos municípios. Torna-se imprescindível que o profissional de saúde tenha conhecimento amplo e consistente sobre a problemática da violência, para cumprir com o seu compromisso ético e legal (GARBIN, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A quantidade de mulheres que cometem violência auto-provocada é elevada, principalmente em mulheres adultas jovens. Percebe-se, ainda, que as vítimas que buscam o Hospital de referência são consideradas graves, permitindo, assim, a seguinte reflexão: várias mulheres vítimas não buscam o serviço de saúde e mascaram a realidade de casos ocorridos. Ademais, a delegacia da mulher, como porta de entrada da violência, também conta com uma subnotificação.

Destaca-se que a notificação desse agravo é um desafio constante, pois as mulheres muitas vezes não têm coragem de contar o real motivo de suas lesões, por medo, insegurança, já que muitas não são protegidas, mesmo com a Lei Maria da Penha (LMP), e acabam omitindo essas informações.

A violência interpessoal cometida, por vezes, através da força física, incorpora a violência psicológica/moral e o local de maior ocorrência é o domicílio, entendendo que agressor da vítima possui algum vínculo familiar, facilitando para que a violência aconteça nesse ambiente. Além disso, o sexo que mais pratica a violência contra a mulher é, para a maioria dos casos, o sexo masculino, apresentando como pano de fundo as relações de gênero e submissão da mulher.

Salienta-se, como desafio, o atendimento às mulheres vítimas de violência por profissionais de saúde, pois se verificam subnotificações, que suscitam a pensar em despreparo do profissional para identificar casos como esses na comunidade, o medo de represálias do agressor pela notificação e, ainda, o não reconhecimento da importância de registro de casos para acrescer a vigilância epidemiológica da violência.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Portaria nº 936, 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2004. Seção 1.
- _____. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2005.
- _____. Guia de vigilância epidemiológica. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília, 2009.
- _____. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Ministério da Saúde. Brasília, 2009.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo do Piauí - 2010. Teresina (PI): IBGE, 2010.

_____. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Secretaria de Política para Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2011.

_____. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2012.

_____. Protocolo de atendimento à mulher em situação de violência: programa mulher cidadã. Secretaria municipal de saúde de Colombo, Colombo-PR, 2012.

_____. Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil. Disponível em: <<http://flacso.org.br/?p=13485>>. Acessado em 14 mar. 2016.

CECILIO, L. P. P. **Violência interpessoal e saúde pública: da legalidade à realidade**. 106 f. Dissertação (Mestrado em odontologia). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, 2012.

FERRAZ, M. L. Perfil da violência doméstica contra mulher em Guarapuava, Paraná. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 738-744, Out/Dez, 2012.

GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015.

GARCIA, M. V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** [online]. 2008, v. 24, n.11, pp.2551-2563. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100010>.

LABRONICI, Liliana Maria et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 126-133, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100018-&lng=en&nrm-iso>. Access on: 20 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100018>.

LIMA, J. S. DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface** (Botucatu) [online] v. 15, n. 38, p. 819-832, 2011.

MAIA, C. J. Rompendo o silêncio: histórias de violência conjugal contra as mulheres no norte de Minas (1970-2007). In: MAIA, C. J; CALEIRO, R. C. L. (Orgs.). **Mulheres, violência e justiça no norte de Minas**. São Paulo: Annablume, 2012, p. 15-52.

MENEGHEL, S. N. HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 45, n.3, p. 564-74, 2011.

MINAYO, M. C. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

MOREIRA S. N. T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

_____ **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Genebra: WHO, 2012.

_____ **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf>. Acesso em: 09 set. 2016.

PAIVA, E. A. at al. Violência contra a mulher: análise das notificações realizadas no setor saúde. Rio de Janeiro. *Divulgação saúde e debate*, v. 52, p. 72-87, out., 2014.

PINAF, T. **Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade**. Disponível em: <<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao21/materia03/>>. Acesso em 14 mar. 2016.

SCHRAIBER, L. et al. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 205-216, 2009.

SILVA, L.E. L; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, abr./jun., 2016.

ZAGO, L.R.F. Violência: Um Problema De Saúde, **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 1242-52, 2013.

CAPÍTULO 13

ATTITUDES E COMPORTAMENTOS DE ALUNOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL EM ESCOLAS PÚBLICAS DE UM MUNICÍPIO DO CEARÁ, BRASIL

Mirna Albuquerque Frota
Aldecira Uchoa Monteiro Rangel
Ceci Vilar Noronha
Renata Carneiro Ferreira
Angel Alice Jácome de Souza

INTRODUÇÃO

A violência escolar é um problema de saúde pública em todo o mundo. Nos Estados Unidos, ocorreram dezessete homicídios de jovens em idade escolar, jovens de 5 a 18 anos, durante o ano letivo de 2009-2010. De todos os homicídios de jovens, menos de 2% acontecem na escola e esse percentual tem se mantido estável nos últimos dez anos. Em 2010, havia cerca de 828 mil vitimizações não fatais na escola entre os estudantes de 12 a 18 anos de idade. Cerca de 7% dos professores relatam que foram ameaçados ou agredidos fisicamente por um aluno de sua escola. Em 2009, cerca de 20% dos estudantes com idade entre 12-18 informaram que grupos estavam presentes na escola durante a escola (ROBERS et al., 2011).

A violência está em todos os lugares e atinge diferentes classes sociais, manifestando-se sob a forma de conflito, no qual o ser que detém o poder momentâneo utiliza-se de artifi-

cios para intimidar a possível vítima; artifícios estes que humilham, desaprovam e agridem física e/ou psicologicamente. No Brasil, essa realidade não é diferente (OLIVEIRA, 2015).

No Brasil, os acidentes e as violências ocupam a terceira causa de morte em todas as idades, sendo a primeira na faixa etária de 5 a 49 anos (Lima *et al.*, 2012). Esses indicadores apontam que há uma maior incidência da violência entre crianças e adolescentes no país.

A escola constitui-se importante espaço para formação cidadã de crianças e adolescentes, preparando-os para conviver e atuar em sociedade mediante mecanismos de sociabilidade e integração entre as diferentes visões de mundo. No entanto, o que se percebe é que as práticas violentas manifestadas no espaço escolar são decorrentes do individualismo, da competitividade, da exclusão, da humilhação e das desigualdades sociais produzidas na sociedade atual diante do despreparo da comunidade escolar em lidar com esses problemas (COSTA *et al.*, 2012).

No âmbito escolar, essa violência vem se intensificando e repercutindo na saúde física, psicológica, cognitiva e espiritual dos adolescentes e demais membros da comunidade escolar, sendo, na maioria das vezes, encarada como normal, o que dificulta o trabalho de conhecimento de suas causas e especificações (NETO *et al.*, 2014).

Diariamente, observamos, por intermédio dos meios de comunicação, comportamentos agressivos, infracionais e transgressores na população infantojuvenil, fazendo com que as instituições escolares se vejam obrigadas a lidar com fenômenos como o bullying, o roubo, o tráfico, a corrupção, o desrespeito e o preconceito, que eram formas de violência vi-

venciadas e acometidas no âmbito externo da instituição escolar, mas que atualmente adentraram à escola, de tal forma que envolvem toda a instituição (OLIVEIRA, 2015).

A violência nas escolas aumenta em quantidade e em qualidade. Os tipos de violência mais presentes no dia a dia escolar são as ameaças e agressões verbais entre alunos e entre estes e os adultos. Os professores, em seus relatos, destacam que a violência, principalmente o desrespeito, é uma constante no meio escolar. Eles indicam que a violência na escola pública está banalizada, provocando inclusive que alguns atos deixem até de ser percebidos como violentos. Embora menos frequentes, as agressões físicas também estão presentes (SILVA; SALLES, 2010).

Os alunos configuram-se como observadores da violência e passam a conviver com esse fenômeno, calam-se, ou não são valorizados em suas observações por pais e professores. Dessa forma, temem se tornar alvos e podem se sentir incomodados e inseguros (VIEIRA et al., 2010).

A magnitude com que este fenômeno vem vitimando crianças e adolescentes mostra a necessidade de políticas públicas intersetoriais e a formação de recursos humanos em saúde comprometidos com a atenção e a proteção integral desses sujeitos numa perspectiva integradora dos direitos prioritários individuais e sociais (NETO et al., 2015).

Nesse contexto, o estudo identifica o perfil sociodemográfico, comportamental e atitudinal em relação a distintas situações de violência entre os alunos que frequentam as Escolas Públicas Municipais de Sobral, no estado do Ceará.

MÉTODOS

Consiste em um estudo transversal, de caráter descritivo, realizado em Escolas Públicas Municipais da sede da cidade de Sobral, no estado do Ceará. Sobral é o segundo município mais desenvolvido do Estado, de acordo com o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). A cidade ficou conhecida internacionalmente por ter sido o local de comprovação da Teoria da Relatividade de Albert Einstein, em 1919.

O Município possui o total de 47 escolas municipais distribuídas entre a sede e os distritos, sendo que as que contemplam o ensino fundamental II possuem um total de 29 escolas, dezoito nos distritos e onze na sede. Neste estudo, foram contempladas as onze escolas da sede.

Foi estudada a população de jovens de 13 a 16 anos, estudantes do 8º e 9º anos do ensino fundamental II, tendo, portanto, um total de 401 alunos das escolas participantes.

Para estimar a amostra do estudo, utilizou-se o seguinte cálculo:

$$N = \frac{N K^2 - P Q}{e^2 (N-1) + K^2 P Q}$$

Portanto, a amostra do estudo foi dimensionada para estimar a prevalência de violência escolar, com 95% de nível de confiança de que o erro da estimação amostral não ultrapasse a 5% (precisão), considerando que tal prevalência é cerca de 5% (prevalência presumida) e dependendo do número de alunos matriculados nessas escolas que farão parte do estudo.

Para identificar o perfil sociodemográfico e comportamental dos alunos, o instrumento aborda, inicialmente, todas as informações correspondentes à identificação pessoal e escolar, a caracterização de sua família, que possibilita descrever

como e quem são os membros dessa família, como é o seu relacionamento com os colegas escolares, a quantidade e quais ações agressivas o adolescente enfrentou e/ou provocou aos seus colegas num período de tempo de trinta dias, se conhece ou tem algum contato com pessoas membros de quadrilhas, gangues, as atitudes que o adolescente possivelmente teria em algumas situações em que fosse provocado, se houve o uso de bebidas alcóolicas e drogas, onde e quantas vezes no período de trinta dias. Perguntas sobre o que ocorre dentro do prédio da escola, durante as horas que você fica na escola, as normas familiares recebidas, se existe violência e como você é, se é agredido pelos pais, relacionamento de confiança entre pais e filhos, se você presenciou algum tipo de violência na rua.

Os dados foram organizados e submetidos à análise estatística descritiva, utilizando o programa SPSS, versão 6.04, e o software SPSS, versão 21.0, para Windows (SPSS Inc.; Chicago, IL, EUA). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob Parecer n. CAAE: 30966314600005052.

RESULTADOS

Identificou-se que o tempo médio de estudo na escola era de $4,85 \pm 2,97$ anos. E que a maioria dos alunos cursava o 9º ano, 316 (78,8%), com pouca representação de repetentes 38 (9,5%), apresentou predominância entre 13 e 14 anos de idade, 96 (23,9%) e 253 (63,1%), respectivamente. Houve uma distribuição semelhante entre gêneros, com 190 (47,4%) alunos do sexo masculino e 196 (48,9%) do sexo feminino; foi observado que quinze participantes (3,7%) não responderam a essa pergunta. E somente 63 (15,7%) dos alunos dessa amostra estavam atuando no mercado de trabalho.

Quando questionados sobre o uso de bebidas e drogas, a maioria dos alunos afirmou não ter ingerido cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas, nos últimos trinta dias 324 (80,8%), 357 (89,0%) disseram não ter fumado cigarros e 343 (85,5%) não tiveram contato com maconha ou qualquer outro tipo de droga.

No que se refere ao relacionamento entre alunos, observou-se que poucos deles 35 (8,7%) sofreram agressões físicas (socos ou murros) nos trinta dias anteriores, em que saíram feridos, necessitando de assistência médica. Entretanto, 146 (36,4%) dos alunos fizeram gozação com outros colegas a ponto de gerar atrito ao longo dos sete dias anteriores à pesquisa; 132 (32,9%) deram murros em alguém como forma de retaliação; e 182 (45,4%) disseram coisas sobre o colega como forma de fazer os outros rirem.

Verificou-se que poucos alunos, 92 (22,9%), estimularam ou aconselharam outros colegas a brigar; por outro lado, 172 (42,9%) alunos admitiram ter dado um empurrão em outros colegas. Quando perguntado se o aluno brigou e bateu (esmurrou, puxou o cabelo ou mordeu) porque estava irritado, 63 (15,7%) responderam 'sim', bem como 96 (23,9%) admitiram ter dado uma bofetada ou pontapé em alguém. Concernentes às agressões verbais, 168 (41,9%) alunos xingaram outros colegas e 84 (20,9%) ameaçaram agredir fisicamente algum colega.

Referente ao relacionamento entre escolares, trata-se da violência sofrida nos sete dias anteriores; 12 (3,0%) alunos sofreram paulada de um colega; 170 (42,4%) sofreram gozação de uma colega com o intuito de fazer os outros rirem; 127 (31,7%) foram estimulados a brigar; 163 (40,7%) sofreram empurrões; 98 (24,4%) foram instigados a brigar; 55 (13,7%) receberam uma bofetada ou pontapé; 153 (38,2%) tiveram suas famílias xingadas; e 78 (19,5%) sofreram ameaças de ferir ou bater.

A Tabela 1 mostra algumas situações relacionadas às atitudes dos alunos. Na primeira situação foi solicitado que eles imaginassem estarem na fila para beber água e alguém de sua idade se aproximasse e lhe empurrasse para fora da fila. A seguir, foi perguntado qual seria sua reação mais provável (múltiplas respostas foram consideradas). A opção mais escolhida dos alunos foi empurrar de volta para que a outra pessoa saísse da fila, 143 (32,4%).

A questão seguinte buscava saber o que o aluno faria se fosse xingado num lugar público. O quesito mais respondido foi xingar de volta 141 (32,6%). Já em uma situação de briga, onde presenciasse um amigo confrontando outro aluno de sua idade, a maioria dos alunos respondeu que tentaria acalmar os ânimos entre os dois 218 (51,2%) (Tabela 1).

Quando indagados sobre seus relacionamentos amorosos, como ver alguém beijando e abraçando o(a) namorado(a), a resposta mais popular foi empurrar a pessoa para longe do seu namorado ou da sua namorada, com 173 (38,8%).

Podemos observar também, na tabela 1, quanto à presença da agressão física entre os alunos. Apenas 95 (23,7%) chamariam a polícia para resolver o problema. Se a mesma situação ocorresse na escola, 211 (52,6%) pediriam ajuda ao professor para resolver o problema.

Em relação ao que o aluno poderia fazer para evitar uma briga: 291 (72,6%) afirmaram que tentariam evitar ou afastar a pessoa que quisesse brigar; 255 (63,6%) não ligariam ou fariam de conta que não escutam os insultos; e 224 (55,9%) tentariam tratar os problemas conversando. Além disso, 203 (50,6%) disseram que não se fingiriam de “forte”; enquanto apenas 137 (34,2%) fingiriam concordar com a situação.

A maioria afirmou não ter contato algum com arma, 326 (81,3%), bem como não fariam parte de uma gangue para se proteger, 292 (72,8%), e 178 (44,4%) optaram por pedir desculpas para evitar uma briga (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos alunos entrevistados, segundo sus atitudes. Sobral - CE, 2014.

Questões	Opções	*n (%)
Imagine que esteja havendo fila para beber água. Alguém de sua idade se aproxima e lhe empurra para fora da fila. O que provavelmente você faria, se isto acontecesse com você? (Múltiplas respostas são possíveis)	- Diria algum palavrão, xingaria	62 (14,1)
	- Perguntaria: por que me empurrou?	120 (27,2)
Você está caminhando na loja, no mercado ou na rua. Alguém de sua idade se aproxima e xinga você. O que você faria se isso acontecesse? (Múltiplas respostas são possíveis)	- Não faria nada, sairia caminhando	54 (12,2)
	- Diria que este é o meu lugar	61 (13,8)
	- Empurraria ele para que saísse da fila	143 (32,4)
	- Não responderam	1 (0,2)
Você vê um amigo(a) brigando com outro(a) aluno(a) de sua idade. O que você faria se isto acontecesse? (Múltiplas respostas são possíveis)	- Xingaria também	141 (32,6)
	- Perguntaria: qual é o problema?	124 (28,7)
	- Sairia caminhando, sem fazer nada	63 (14,6)
	- Diria para deixar de me xingar	52 (12,0)
Você vê um amigo(a) brigando com outro(a) aluno(a) de sua idade. O que você faria se isto acontecesse? (Múltiplas respostas são possíveis)	- Eu bateria na pessoa	50 (11,6)
	- Não responderam	2 (0,5)
	- Encorajava meu amigo para que ganhasse	24 (5,6)
	- Perguntava por que estava brigando	56 (13,1)
	- Sairia e deixaria que terminasse de brigar	62 (14,6)
Você vê um amigo(a) brigando com outro(a) aluno(a) de sua idade. O que você faria se isto acontecesse? (Múltiplas respostas são possíveis)	- Tentaria acalmar os dois para que não houvesse briga	218 (51,2)
	- Ajudaria meu amigo(a) a brigar contra outro(a) aluno(a)	65 (15,3)
	- Não responderam	1 (0,2)

Questões	Opções	*n (%)
Você vê que alguém está beijando e abraçando seu(sua) namorado(a). O que você faria se isto acontecesse?	- Xingaria	50 (11,2)
	- Perguntaria por que está com seu(sua) namorado(a)	76 (17,0)
	- Nada, não ligaria para a situação	98 (22,0)
	- Diria que é seu(sua) namorado(a)	45 (10,1)
	- Empurraria a pessoa para longe do(a) seu(sua) namorado(a)	173 (38,8)
	- Não responderam	4 (0,9)
Se alguém me bater, eu chamaria a polícia para resolver o problema.	- Certo	95 (23,7)
	- Falso	257 (64,1)
	- Não estou seguro	42 (10,5)
	- Não responderam	7 (1,7)
Se alguém me bater, eu chamaria a polícia para resolver o problema.	- Certo	95 (23,7)
	- Falso	257 (64,1)
	- Não estou seguro	42 (10,5)
	- Não responderam	7 (1,7)
Questões	Opções	*n (%)
Se alguém me bater na escola, eu pediria ajuda ao(a) professor(a) para resolver o problema.	- Certo	211 (52,6)
	- Falso	156 (38,9)
	- Não estou seguro	31 (7,7)
	- Não responderam	3 (0,7)
Evitar ou se afastar da pessoa que quer brigar com você.	- Certo	291 (72,6)
	- Falso	91 (22,7)
	- Não estou seguro	13 (3,2)
	- Não responderam	6 (1,5)
Não ligar ou fazer de conta que não está escutando os insultos.	- Certo	255 (63,6)
	- Falso	107 (26,7)
	- Não estou seguro	11 (2,7)
	- Não responderam	28 (7,0)
Tratar o problema conversando.	- Certo	224 (55,9)
	- Falso	122 (30,4)
	- Não estou seguro	23 (5,7)
	- Não responderam	32 (8,0)

Questões	Opções	*n (%)
Dar uma de “forte” para que os outros não queiram brigar comigo.	- Certo	109 (27,2)
	- Falso	226 (56,4)
	- Não estou seguro	26 (6,5)
	- Não responderam	40 (10,0)
Fazer de conta que está de acordo, ainda que não o esteja.	- Certo	137 (34,2)
	- Falso	203 (50,6)
	- Não estou seguro	23 (5,7)
	- Não responderam	38 (9,4)
Levar uma arma.	- Certo	19 (4,7)
	- Falso	326 (81,3)
	- Não estou seguro	14 (3,5)
	- Não responderam	42 (10,5)
Fazer parte de uma quadrilha (gangue) para me proteger.	- Certo	61 (15,2)
	- Falso	292 (72,8)
	- Não estou seguro	10 (2,5)
	- Não responderam	38 (9,5)
Pedir desculpas (dizer que sente muito).	- Certo	178 (44,4)
	- Falso	156 (38,9)
	- Não estou seguro	34 (8,5)
	- Não responderam	33 (8,2)

*Os números são absolutos, exceto quando especificados.

DISCUSSÃO

A soma da quantidade de alunos aprovados, reprovados e que abandonam a escola ao final do ano em curso gera taxas de rendimento escolar de cada instituição. Segundo Baruchovith, Bzuneck e Fonseca (2009), tanto a repetição quanto a desistência escolar, associada à aprendizagem inadequada, são características tradicionais do sistema brasileiro de educação e, historicamente, são consideradas problemas urgentes.

Analisando o estudo de modo geral, os alunos masculinos envolveram-se em mais brigas e necessitaram de mais tratamento médico. No Egito, onde 31% dos alunos relataram estar envolvidos em duas ou mais brigas, no período de um ano, a maioria dos alunos (67%) era do sexo masculino, $p < 0,001$ (CELEDONIA *et al.*, 2013).

Nos Estados Unidos, na prevalência geral dos alunos que se envolveram em pelo menos uma briga durante os últimos doze meses, houve um predomínio do sexo masculino, 40,7% contra 24,4% dos estudantes femininos, e considerando apenas os alunos do 9º, esta prevalência se repete, sendo 46,0% versus 28,8%, respectivamente (EATON *et al.*, 2012). Já no Brasil, Andrade *et al.* (2012), num estudo com 60.973 alunos de 9º ano, encontraram, também significativamente, que mais meninos se envolvem em brigas, 17,5% versus 8,9%, $p < 0,001$.

Com relação ao uso de drogas, nos EUA, os números para os alunos masculinos são semelhantes, 20,5% dos alunos do 9º ano usaram maconha durante os últimos trinta dias, nesse caso, a maconha é mais usada por meninas (15,4%) (EATON *et al.*, 2012).

No Brasil, o inquérito epidemiológico trienal (com alunos de 9º ano) também identificou que há diferença significativa no consumo de drogas de qualquer tipo, a prevalência entre meninos é mais alta do que entre as meninas, sendo 4,4% versus 2,3% ($p < 0,001$), respectivamente. Entretanto, o consumo de bebida alcoólica, nos últimos trinta dias, foi mais alto entre as meninas do que entre os meninos, 26,5% versus 28,1% (ANDRADE *et al.*, 2012).

Os resultados deste estudo sobre o consumo de bebidas são mais altos no Brasil que nos EUA, os quais identificaram que 15,0% dos meninos do 9º ano consumiram mais que cin-

co doses sequenciais, nos últimos trinta dias, contra 13,0% das meninas (EATON *et al.*, 2012).

No estudo nacional norte-americano, os alunos não só presenciaram uma arma em casa ou alguém ameaçar outra pessoa com pistola, como também levaram arma para a escola. Nos trinta dias antes da pesquisa, 26,6% dos alunos masculinos e 7,6% dos alunos femininos do 9º ano portaram algum tipo de arma. Considerando apenas arma de fogo, 7,7% dos meninos e 1,4% das meninas admitiram ter tido acesso a alguma arma de fogo, nos últimos trinta dias. Na propriedade escolar, 7,4% dos meninos e 2,1% das meninas levaram algum tipo de arma (EATON *et al.*, 2012).

Para a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), por não existir uma palavra na língua portuguesa capaz de expressar todas as situações de *bullying*, as ações que podem estar presentes no *bullying* são: colocar apelidos, ofender, zoar, gozar, encarnar, sacanear, humilhar, fazer sofrer, discriminar, excluir, isolar, ignorar, intimidar, chutar, empurrar, ferir, roubar e quebrar pertences.

No Brasil, segundo a pesquisa realizada pela organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), em todo o país, sobre “violências nas escolas”, a física aparece em primeiro lugar, atingindo alunos, profissionais e funcionários. Em segundo lugar, está o vandalismo contra o patrimônio e, por último, a violência verbal.

As brigas envolvendo alunos são muito comuns nas diferentes partes do mundo. Um grande estudo nacional feito nos Estados Unidos, conduzido entre 2010 e 2011, com 15.425 estudantes de escolas secundárias, apontou que 32,8% dos alunos

haviam se envolvido em brigas desse tipo pelo menos uma vez nos doze meses antes da pesquisa (EATON *et al.*, 2012).

Em 2009, foi realizado um inquérito epidemiológico trienal com 60.973 adolescentes do 9º ano de escolas públicas e privadas das capitais brasileiras e do Distrito Federal, do qual 12,9% dos alunos relataram ter estado envolvido em alguma situação de violência física, nos últimos trinta dias (ANDRADE *et al.*, 2012).

Em estudo conduzido no Brasil, foi realizada a seguinte pergunta aos alunos: “Nos últimos trinta dias, com que frequência algum dos seus colegas de escola lhe esculacharam, zoaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram a ponto de lhe deixar magoado/incomodado/aborrecido/ofendido/humilhado?”(sic) e 69,2% responderam nenhuma vez; 16,7%, raramente; 8,8%, às vezes; 2,7%, na maior parte das vezes e 2,8%, sempre (ANDRADE *et al.*, 2012). Já em um estudo conduzido no Egito com 5.249 alunos, com idade entre 11 e 17 anos, média de 13,2 anos, 31% dos alunos relataram ter se envolvido em duas ou mais brigas físicas durante os últimos doze meses (CELEDONIA *et al.*, 2013).

Em outro estudo conduzido nas Bahamas, com 785 alunos do 6º ano, em nove escolas elementares, 33,9% dos alunos relataram ter participado de briga física durante os últimos seis meses (LIU *et al.*, 2007).

A exposição à violência juvenil e violência na escola podem levar a uma grande variedade de comportamentos de saúde negativos e resultados, incluindo o álcool, uso de drogas e suicídio. Depressão, ansiedade e muitos outros problemas psicológicos, incluindo medo, podem resultar de violência escolar (MENDES, 2011).

Ao falar de medo nas escolas, fica evidente que o perigo causador do medo é a violência, em algumas escolas brasileiras, têm sido atualmente áreas de diversos conflitos e tensões.

A violência no trajeto ou dentro da escola afasta estudantes das redes pública e privada. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), realizada pelo IBGE (2012) e Ministérios da Saúde e da Educação, mostrou que entre 109 mil alunos do 9º ano do ensino fundamental, de três mil escolas, 8,8% disseram que deixaram de ir à aula ao menos uma vez nos últimos trinta dias por não se sentirem seguros.

Em pesquisas feitas com alunos nas escolas públicas dos EUA, aproximadamente, 57% deles relataram quase sempre se sentir seguros no âmbito escolar, 64% dos alunos quase nunca sentiram medo de alguém machucá-los ou incomodá-los. Entretanto, 12% dos alunos relataram evitar certos lugares (ex. os banheiros) por medo. Mais adiante, 13% dos alunos disseram que quase nunca se sentiam seguros, tinham medo dos banheiros, as áreas dos armários e áreas isoladas dentro e fora da escola; a apreensão deles parece estar centrada em incidentes físicos e emocionais potenciais (CANTOR *et al.*, 2001).

Também nos Estados Unidos, nacionalmente, 5,9% dos alunos relataram não ter frequentado a escola pelo menos uma vez durante os trinta dias anteriores à pesquisa por não se sentirem seguros na escola, bem como no caminho para ida ou volta da escola (EATON *et al.*, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que a violência faz parte do cotidiano dos estudantes brasileiros que compõem as escolas públicas do 8º e 9º anos, com foco especial nas brigas, violência verbal e

ameaças. O estudo identificou que há uma presença, em número pequeno, de armas nas escolas, entretanto constitui um fato muito preocupante. Outro dado importante - considerando que estes estudantes têm, em média, 13-14 anos - é o que mostra um número considerável de alunos que consomem bebidas alcoólicas esporadicamente e habitualmente e que fazem uso de fumo e drogas, como também a presença notável de gangues nas escolas.

Através da pesquisa, encontraram-se ainda grupos que parecem ser mais vulneráveis à violência. Os resultados deste estudo apontam que alguns tipos de violência são mais prevalentes entre os alunos do 8º ano, especialmente a violência física com um número significativamente maior de alunos que sofreram empurrões, bofetadas e pontapés, e talvez, por consequência disso, mais alunos deixaram de ir à aula por não se sentirem seguros no âmbito escolar.

Entre os repetentes, a situação é um pouco diferente, eles ameaçam ferir ou bater nos outros colegas de escola, como também são incitados com mais frequência a brigar. Na mesma vertente, grande porcentagem dos repetentes admite que, ao ver um amigo brigar, ajudaria o amigo na briga.

Em contraponto, os alunos não repetentes tentam evitar brigas e procuram ajuda do professor como forma de apaziguar as desavenças de modo geral. O estudo identificou que os alunos repetentes são mais violentos que os não repetentes. Outro fato importante é que os repetentes consomem mais álcool, fumo e drogas quando comparados aos outros, embora apenas o consumo de drogas apresentasse significância, o que pode estar relacionado ao fato de que os alunos repetentes normalmente são mais velhos que os outros alunos, entretanto é necessário maior investigação para confirmar essa informação.

Como esperado, os alunos do sexo masculino envolvem-se mais em situações de violência física, brigas e xingamentos, assim como em determinados momentos referem ter reações mais violentas. O uso de álcool e cigarros é semelhante entre os gêneros, entretanto os alunos do sexo masculino consomem mais drogas.

Também se observaram problemas relacionados às equipes que compõem núcleos gestores das escolas pesquisadas ou que representam algum tipo de autoridade no âmbito escolar. Alunos relatam que os professores gritam muito, que nem sempre são justos, além disso, professores e diretores não se propõem a ouvi-los, muito menos a conversar sobre seus problemas.

A violência não se faz presente somente na vida na escola, mas, sobretudo, nas suas residências e vizinhanças. Esta convivência com a violência provavelmente afeta de forma negativa a formação dos valores e conceitos deste grupo que está em pleno processo de desenvolvimento, criando um círculo vicioso de violência.

Recomenda-se que deveria haver o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas e programas com o intuito de prevenir a violência nas escolas. Além disso, é preciso conduzir estudos com outras faixas etárias como também verificar os níveis de violência nas escolas particulares.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA – Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e a Adolescência. **Programa de Redução do Comportamento Agresivo entre Estudantes**, s.d. Disponível em: <<http://www.bullying.com.br/BCconceituacao21.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

ANDRADE, S. S. C. de A. *et al.* Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, 2012.

BORUCHOVITCH, E; BZUNECK, J. A.; FONSECA, M. S. Education young adolescents in Brazil. In: MERTENS, S. B; ANFARA, V. A. RONEY, K. (Orgs.). **An international look at educating young adolescents**. 1. ed. Carolina do Norte: Information Age publishing, 2009.

CANTOR, D.; CROSSE, S.; HAGEN, C. A.; MASON, M. J.; SILER, A. J.; VON GLATZ, A. **A Closer Look at Drug and Violence Prevention Efforts in American Schools: Report on the Study on School Violence and Prevention**. Washington, DC: U.S. Department of Education, Planning and Evaluation Service, 2001.

CELEDONIA, K. L.; WILSON, M. L.; EL GAMMAL, H. A.; HAGRAS, A. M. Physical fighting among Egyptian adolescents: social and demographic correlates among a nationally representative sample. **Peer J**. Londres, v. 13, n. 1, p. e125, 2013.

COSTA, M. C.; SILVA, E. B.; JAHN, A. L.; DALMOLIN, I. S.; SANTOS, M.; SILVA, C. M. Representações sociais da violência escolar na expressão de jovens estudantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.14, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12981>

EATON D. K. *et al.* Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Youth Risk Behavior Surveillance – United States 2011. **MMWR**, Washington D. C., v. 61, p. 1-162, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Perfil Básico Municipal 2012**. 2012. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2013/Sobral.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2014.

LIMA, M. L. L. T. DE; LIMA, M. L. C. DE; DESLANDES, S. F.; SOUZA, E. R. DE; BARREIRA, A. K.. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 33-42, 2012.

LIU, H. *et al.* Personal values and involvement in problem behaviors among Bahamian early adolescents: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, Reino Unido, v. 7, p. 135, 2007.

MENDES, C. S. Prevenção da violência escolar: avaliação de um programa de intervenção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 581-288, 2011.

NETO, W. B.; SILVA, A. R. S.; FILHO, A. J. A.; LIMA, L. S.; AQUINO, J. M.; MONTEIRO, E. M. L. M. Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, 2014.

NETO, W. B.; SILVA, M. A. I.; AQUINO, J. M.; LIMA, L. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; Violência sob o olhar de adolescentes: intervenção educativa com Círculos de Cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, 2015.

OLIVEIRA, R. A. Violência na escola: O pensar e agir dos professores. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Feira de Santana, v. 39, n. 1, 2015.

PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. de. Violência familiar e comunitária em escolares do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 288-300, 2013.

ROBERS, S. *et al.* **Indicators of School Crime and Safety, 2011**. National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education and Bureau of Justice Statistics, Office of Justice, Programs, U.S. Department of Justice. Washington, DC; 2010. Disponível em: <<http://nces.ed.gov/pubs2012/2012002.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2014.

SILVA, J. M. A .P.; SALLES, L. M. F. (Orgs.) **Jovens, violência e escola: um desafio contemporâneo**. São Paulo: UNESP, 2010. 182p.

VIEIRA, L. J. E. S.; ABREU, C. A. P. de A.; VALDÊS, M. T. M.; OLIVEIRA, E. N. de, FERREIRA; R. C.; CATRIB, A. M. F. Violência na escola pública. Relatos de professores. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 23, n. 1, 2010.

CAPÍTULO 14

ATUAÇÃO DA ESCOLA E DA FAMÍLIA NAS MANIFESTAÇÕES DE VIOLÊNCIA ENTRE CRIANÇAS DO ENSINO FUNDAMENTAL

Camila Santos do Couto
Mirna Albuquerque Frota
Karla Maria Carneiro Rolim
Rosendo Freitas Amorim
Ceci Vilar Noronha
Caroline Soares Nobre

Distribuição Proibida
EdUECE

INTRODUÇÃO

A violência no cenário escolar há tempos é notificada e estudada. Porém, com o passar dos anos, adquiriu grandes proporções e passou a representar um problema pública. Os autores (ABRAMOVAY; AVANCINI; OLIVEIRA, 2006) afirmam que, para a compreensão deste fenômeno, alguns fatores intrínsecos às instituições de ensino devem ser levados em consideração, como os fatores externos, que incluem as relações raciais, questões de gênero e o espaço social no qual a instituição se insere; e os internos, como o nível de escolaridade dos estudantes, o impacto do sistema de punições e a prática educacional de forma ampla.

Priotto (2008) propõe um sistema de classificação dos episódios de violência escolar que amplia as realizadas anteriormente, no qual são diferenciados três tipos de manifestações: a “na es-

cola”, que se caracteriza pela produzida dentro do espaço escolar e do cotidiano deste ambiente; a “contra a escola”, representada por meio de atos de vandalismo, cujo foco seja o patrimônio escolar; e a “da escola”, definidas por qualquer tipo de prática utilizada pela instituição que possa prejudicar seus membros.

De acordo com pesquisa realizada em capitais brasileiras, por Abramovay e Rua (2003), acerca da violência nas escolas, podem-se distinguir dois tipos de violência: a interna e a externa. A interna, também denominada institucional, corresponde àquela que ocorre diariamente nas escolas, nesta classificação, enquadram-se as agressões, as ameaças, as intimidações, etc.; e a externa corresponde à violência que se perpetua nos arredores e que prejudica a escola, como o tráfico de drogas, os roubos e homicídios, dentre outras.

Na definição de Minayo (2006), a violência contra crianças e adolescentes, constitui todo ato ou negligência dos pais, parentes ou de outras instituições, podendo causar danos físicos, sexuais e/ou psicológicos à vítima. Neste sentido, Santos *et al* (2011) e Rosa (2010) afirmam que a violência no ambiente escolar perpassa o âmbito da educação e da saúde pública e requer mecanismos de enfrentamento a partir da educação em saúde, além da participação efetiva de todos os envolvidos: professores, alunos, gestores, comunidade escolar, família e sociedade (SANTOS *et al*, 2011; ROSA, 2010).

Adota-se o “julgamento” de que a população infantil é atrelada ao ambiente, socioeconômico e cultural, que é influenciado e construído a partir das concepções educacionais da família e da escola, na qual em suas atitudes são, frequentemente, “espelho” destes ambientes.

Assim, a escola, os profissionais da saúde e, principalmente, a família, tornam-se instrumentos “chave” na prevenção

da violência, não só por meio da identificação e notificação de casos, como igualmente pelo redimensionamento da própria atuação. Reichenheim, Hasselmann e Moraes (1999) relatam que a abordagem familiar da violência e a própria complexidade do ato trazem como consequência a necessidade de integrar diferentes profissionais por meio da formação de equipes interdisciplinares em qualquer programa de prevenção, detecção e acompanhamento de crianças vitimizadas.

Reconhecendo tal problemática, o objetivo do estudo consiste em: investigar, sob a perspectiva de crianças do ensino fundamental, a atuação da escola e da família nas manifestações de violência.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo. Acerca da pesquisa qualitativa Minayo (2012) afirma que a mesma trabalha com o mundo de crenças, valores, princípios e significados. Esse universo complexo das relações, fenômenos e processos não podem ser minimizados em simples variáveis.

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, no qual a Secretaria Municipal de Saúde é organizada em seis coordenadorias regionais. Nesse contexto, estudo cartográfico realizado por Moura (2011) no município de Fortaleza, caracterizou as regionais V e VI como as mais violentas da Capital. Assim, foram escolhidas três escolas destas coordenadorias como local da pesquisa.

A escolha decorreu da localização das mesmas, que se encontravam inseridas em bairros que, segundo o estudo cartográfico, foram os locais nos quais houveram maior inci-

dência de lesões corporais e homicídios, são eles: Bom Jardim, Messejana e Jangurussu.

Os participantes foram vinte e seis crianças, cursando o 5º ou 6º ano do Ensino Fundamental, com faixa etária de 10 e 11 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1996) respalda a faixa etária escolhida, visto que considera como criança a pessoa até doze anos de idade incompletos. A delimitação da faixa etária para a realização da pesquisa justifica-se por ser considerada adequada para os anos escolares da pesquisa, bem como por representar uma idade na qual a criança tem maior independência para assumir suas ações e maior liberdade possibilitada pelos pais, por ser uma fase de transição entre infância e adolescência.

A coleta de dados se deu pela técnica do grupo focal, realizado nas escolas selecionadas. Acerca do número de participantes, Trad (2009) evidencia a presença na literatura da participação de seis a quinze pessoas por grupo focal. Assim, por meio de sorteio da lista de chamada, foram selecionadas de oito a dez crianças para participar de cada grupo.

De acordo com Minayo *et al.*, (2010) o grupo focal pode ser caracterizado como um tipo de entrevista em pequenos grupos homogêneos que requer planejamento, visto que se configura uma ferramenta para aprofundamento das relações dos participantes. As reuniões dos grupos focais foram realizadas em uma sala de aula disponibilizada pelo diretor, na ausência deste, pelo coordenador da escola. As cadeiras foram dispostas circularmente, para uma melhor visualização dos participantes. As reuniões tiveram duração média de cinquenta minutos, visando se assemelhar ao intervalo de tempo de uma aula da rotina dos participantes.

A pesquisadora, que atuou como mediadora, realizou a própria apresentação e explicou o objetivo do grupo. Para promover maior entrosamento entre os participantes e a pesquisadora, foi realizada uma dinâmica para apresentação e entregue um crachá de identificação. A partir de então, realizou-se a condução do grupo por meio de um roteiro flexível de questões com foco na temática.

Para o processamento dos dados utilizou-se o *software Qualitative Solutions Research – QSR – Nvivo*, versão 10.0. O *software Microsoft Word 2010* foi usado para a transcrição dos dados obtidos por meio de gravações de vídeo e áudio dos grupos e, a partir deste, exportou-se para o *NVivo*, no qual os dados foram organizados em núcleos de sentido, intitulados pelo programa como *nodes* (ou nós).

Para identificar os núcleos de sentidos presentes no discurso dos escolares foi usada a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Compreendida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, aborda três diferentes etapas: a pré-análise ou organização do material; a exploração deste material mediante a classificação e categorização; e o tratamento e interpretação dos resultados.

Dessa forma, houve a escolha dos documentos analisados, retomando os objetivos da pesquisa e possibilitando os indicativos das interpretações. As categorias nas quais os termos se repetem contemplaram as distintas falas para a interpretação e possibilitaram o embasamento de inferências.

Após análise do *corpus* emergiram os núcleos: O desempenho institucional frente à violência escolar na perspectiva da criança; e A influência parental nas manifestações de violência no contexto escolar.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza – COÉTI-CA, sob Parecer de Nº 355.525/2012. Ressalta-se que todas as deliberações deste Comitê estão fundamentadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde conforme Brasil (2012) e a ética permeando toda a pesquisa, incluindo a abordagem dos princípios da Bioética. Ressalta-se que os informantes foram denominados por codificação alfanumérica, A1, A2, A3... A26, como forma de garantir o anonimato.

RESULTADOS

O desempenho institucional frente à violência escolar na perspectiva da criança

Na problemática em questão, o desempenho institucional preventivo deve estar ancorado na promoção de reflexões, conscientizações de atuações e nas funções dos sujeitos, com o escopo de criar capacidades para a superação de entraves e para o estabelecimento de relações sociais saudáveis.

Os discursos permitem constatar que as escolas investigadas não se posicionam nesse sentido. Insatisfações demarcam parte dos depoimentos dos alunos no que concerne à atuação dos diretores/coordenadores e professores na resolução de conflitos entre pares: *“Na maioria das vezes não resolve nada, nem professor, nem diretor, ninguém. Eles nem se metem não!”* (A6).

Não obstante, Severo e Franco (2011) asseveram que a função docente nos últimos anos reflexo de mudanças na sociedade, promovem novos desafios e demandas e, entre estes, encontra-se a violência no contexto da escola.

A essência educacional da escola, que se exterioriza como um caminho para a sociedade e para a cidadania, por vezes, é perdida em decorrência da agressividade presente, fazendo um caminho contrário e conformando a escola em espaço de medo. Dois depoimentos confirmam essa inferência: *Eles não resolvem quase nada, porque quem ameaça ou bate na gente às vezes fica sabendo que a gente falou para diretora e acaba querendo se vingar, ai acaba sendo pior para gente (A8). Falam assim para mim: “cagete morre cedo”. Ficam ameaçando a gente, por isso não falo tudo que acontece (A10).*

Assim, Marinho-Araújo e Almeida (2008) reiteram que é notável gerar ambientes de escuta psicológica, na intenção de resignificar as relações interpessoais na unidade escolar, conscientizar e modificar métodos existentes que estejam bloqueando a consolidação de um local propício e confortável para o aprendizado e desenvolvimento dessas relações.

Discorre-se acerca de soluções e caminhos para que o ambiente escolar possa oferecer a alunos e professores as condições adequadas para o pleno desenvolvimento do processo educativo. Nessa realidade, o corpo docente tem potencial para compreender holisticamente a criança, bem como as interferências da violência no processo de desenvolvimento, podendo, dessa forma, intervir adequadamente nas situações vivenciadas.

Assim, dentre as possibilidades de atuação de professores e diretores sugeridas pelos participantes, os relatos apontaram: *O diretor poderia conversar com eles (alunos agressores), expulsar, sei lá [...] (A4). Fazer uma passeata contra a violência (A8). Conversar com todos os alunos pra parar (A9).*

Um dos principais aspectos a ser valorizado e explorado é a relevância da função de educador, não apenas diante de atitudes inadequadas, como também diante da possibilidade

de tornar-se um agente transformador no desenvolvimento de seu aluno. Comportamentos violentos no ambiente escolar decorrem em déficit no ensino e na aprendizagem, visto que prejudicam a capacidade de concentração do aluno e geram nos professores a sensação de impotência na tentativa de estabelecer limites (SEVERO; FRANCO, 2011; GAGLIOTTO; BERTÉ; VALE, 2012).

Nesse contexto, o professor tem capacidade fundamental de identificar as carências de seus discentes, visto que, ao compreender que a agressão direcionada pelo aluno à direção, aos colegas ou aos próprios docentes se configura como uma forma de atrair a atenção para si, o professor pode estabelecer um vínculo maior com esse aluno, por meio da escuta ativa de suas carências e aflições (GAGLIOTTO; BERTÉ; VALE, 2012).

Identifica-se a necessidade de intervenção firme e educativa por parte dos docentes, haja vista que a violência nesse cenário adquire tal dimensão que influencia desfavoravelmente no aprendizado, na qualidade do ensino na sala de aula e nas relações sociais. Tal realidade não é evidenciada no discurso: *Às vezes me ameaçam ou dizem que vão fazer as coisas comigo, aí eu saio correndo e falo pra coordenadora ou diretora. Elas falam com quem está me ameaçando, mas não adianta, já tô acostumado!* (A8).

É preciso que os sujeitos partícipes no cenário escolar estejam atentos a expressões e atos que significam atitudes de violência, no intuito de bloquear agressões físicas e verbais, pois estes predizem a ação violenta (FIALHO; FERREIRA, 2011). Os educadores, ao se demonstrarem pacientes e cuidadosos, podem conseguir compreender verdadeiramente os alunos e o contexto que cada um traz consigo.

Compreende-se que o aluno, cuja família é dedicada e firme, e cujos professores desempenhem de forma consciente suas atribuições, pode ter essas demandas dirimidas. Segundo o Ministério da Saúde (2009), por meio do diálogo e de uma comunicação emancipadora, na qual as crianças possam ser envolvidas em ações educativas e, assim, seja possibilitada a reconstrução do saber e as concepções dos escolares acerca do certo e errado, bem como a partir da formação continuada dos educadores, é possível promover a saúde no contexto escolar.

A escola foi compreendida na modernidade como um dos instrumentos fundamentais para civilizar os povos. Contudo, desde que se autonomizou e se afirmou enquanto instituição, os relatos acerca de situações de violência no seu interior foram frequentes, não constituindo um contexto novo, sendo apenas fato recente a relevância social que lhe é atribuída (SEBASTIÃO, 2009).

Os significados conferidos à violência no contexto escolar desvelam uma tendência à responsabilização da família pela formação das crianças e, conseqüentemente, pelos atos de indisciplina e violência apresentados na escola. Entende-se que a violência, além de resultar de causas múltiplas e se apresentar de diferentes formas e intensidades, está inserida no meio social e, assim, a escola, por ser componente desse meio, também sofre com os atos violentos.

A influência parental nas manifestações de violência no contexto escolar

Compreende-se a família como primeiro meio de socialização do infante, nessa realidade, as relações vivenciadas e os comportamentos percebidos e compreendidos serão a base para as atitudes da criança ao longo de sua vida.

A família, por vezes, não se encontra adequadamente inserida e atuante no contexto educacional dos filhos, seja no domicílio ou na escola, haja vista a tendência apresentada por pais/responsáveis de negligenciar a relevância da educação e dos valores que deveriam estar sendo transmitidos aos infantes, passando a atribuir estes como funções da escola.

*Não é meu pai que faz diferença não.
Ele não vem porque não quer mesmo
[...] acha que tenho que resolver é sozinho (A16).*

Há que se repensar estratégias de inserção da família no ambiente escolar, de forma gradativa, bem como por meio de processos educativos continuados, promover o empoderamento dos pais acerca da responsabilidade no processo educacional dos filhos.

Priotto e Bonetti (2009) destacam que, ao analisarem a temática violência escolar, identificam-na como consequência de um processo que começa na família, a desestruturação familiar, a falta de limites e de referências da maioria dos adolescentes, e teria continuidade nos grupos e relações sociais pertencentes ao ambiente externo à escola. Um depoimento pode por luz sobre esse fenômeno: “*Se meu pai vier aqui, vai acabar brigando é com todo mundo [...] ele nem liga se me deram um murro ou não, pergunta logo se eu dei outro de volta*” (A9).

A partir da compreensão que o comportamento das crianças é embasado nas atitudes dos responsáveis e da comunidade que a rodeia, de acordo com Schottz e Silva (2014), torna-se primordial a inserção dos pais no contexto educacional do infante, para que seja promovida a mudança de comportamento desde o ambiente domiciliar.

Acerca do tema, Martínez-Otero e Miranda (2010) afirmam que estranho seria se a violência manifestada na família e nos meios de convívio social não se perpetrasse nos centros educacionais. Frota *et al.*, (2010) complementam ao enfatizar que a prática da violência no domicílio presenciada pela criança tende a causar desequilíbrio emocional e comportamental. Os infantes que convivem com estes atos no âmbito familiar tornam-se vulneráveis aos riscos para o desenvolvimento comportamental, emocional, social, cognitivo e físico.

Entende-se como primordial a participação familiar na formação dos filhos, alicerçando sentimentos e comportamentos. Os depoimentos seguem na direção de informar acerca de pais agressivos: *“Eu nem falo para os meus pais, não tia. Se resolvesse, podia até falar, mas só ia piorar [...] eles iam logo se brigar comigo, querer saber se eu revidei”* (A16).

Pesquisa realizada por Souza e Castro (2008) corrobora com as homilias dos participantes do estudo, quando afirma a dificuldade de os responsáveis de alunos comparecerem por conta própria para dialogar com o professor ou diretor, sobretudo os que apresentam problemas de comportamento ou estão envolvidos em atos de violência. As crianças do estudo se queixam:

Às vezes minha mãe pergunta, mas eu não digo. Não adianta! Quando eu falava, ela não ia para o trabalho para poder vir aqui no colégio falar com a diretora. Aí melhorava só naquela semana e depois piorava de novo (A10).

A ausência dos pais no meio escolar também pode ser decorrente, segundo faz crer os depoimentos, da longa jornada de trabalho dos pais, o que gera a ausência destes e a falta de diálogo. Porém, sabe-se que diversas outras razões podem

estar relacionadas à falta de acompanhamento dos escolares. Dois depoimentos tocam nesse assunto: Os meus nunca vem não, porque sempre tão trabalhando (A2, A4, A8, A15, A16); Se os pais de todo mundo viessem, melhorava. Acho que diminuía mais essas brigas e todo o resto [...] mas sei que todos eles trabalham muito (A1, A6, A7).

O comportamento agressivo da criança sofre influência direta do contexto na qual está inserida, ou seja, parte de suas atitudes é reflexo do que está a sua volta (GAGLIOTTO; BERTÉ; VALE, 2012; FROTA et al., 2012): “Eu não falo porque meus pais não querem saber. Se eles brigam é muito em casa, devem achar isso que acontece aqui normal” (A4, A7, A11).

Os pais, agindo dessa forma, refletem essa ação negativa, portanto é compreensível que as crianças levem para o ambiente escolar o que presenciaram dentro do lar. Ou seja, compreende-se que a criança que presencia manifestações de agressividade em casa, na comunidade ou na escola, tende a reproduzir estas ações, uma vez que o meio no qual o infante se desenvolve é o embasamento para sua formação, assim, ele absorve de forma natural costumes adotados.

A partir da compreensão que o comportamento das crianças é embasado nas atitudes dos responsáveis e da comunidade que a rodeia, de acordo com Schottz e Silva (2014), torna-se primordial a inserção dos pais no contexto educacional do infante, para que seja promovida a mudança de comportamento desde o ambiente domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo abordou a atuação da escola e da família frente às manifestações de violência no ambiente escolar, de forma

que se identificaram fragilidades. O contexto escolar caracterizou-se como espaço institucional no qual estão presentes de diversos tipos de violências e que carece de um enfoque na função protetora tanto por parte dos docentes, quanto dos diretores e coordenadores.

No que diz respeito à influência parental nas manifestações da violência escolar, ressaltou-se que as normas e orientações familiares referentes ao uso da violência na resolução de conflitos foram abordadas. Assim, evidenciou-se fragilidade e quebra de valores ao comparar as orientações transmitidas e as práticas no domicílio. Tal proposição foi considerada mediante as orientações de não estímulo à violência transmitidas pelos pais, correlacionadas às agressões praticadas no domicílio, ou seja, o infante que convive em um meio caótico e violento, comumente repete estas atitudes no contexto escolar.

Assim, identifica-se igualmente que estes pais não são presentes no contexto escolar e que, muitas vezes, vão apenas em casos extremos, como quando a diretora/coordenadora solicita a presença por algum problema específico. Este distanciamento entre pais e escola, decorre na fragilidade desta relação, de forma que a função educadora é delegada à terceiros e há lacunas na responsabilização parental deste processo.

Os resultados desta pesquisa poderão servir de subsídios aos diretores, coordenadores e professores visando a adoção de estratégias que desestimulem a prática da violência e que venham a promover a cultura de paz nas escolas, promovendo um ambiente propício e sem influências negativas para o processo de ensino-aprendizagem.

Almeja-se ainda que os resultados reflitam na implementação de ações de saúde direcionadas às escolas, utilizando

do-se de estratégias educativas voltadas aos diferentes componentes deste cenário, ou seja, aos alunos, professores, família e comunidade.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; AVANCINI, M.; OLIVEIRA, H. Violência nas escolas: o bê-á-bá da intolerância e da discriminação. In: **Direitos negados: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil**. Brasília: UNICEF, 2006.

ABRAMOVAY, M; RUA, M.G. **Violências nas escolas**. Brasília: UNESCO Brasil, 2003. 88p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 28. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de Dez/2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 4.ed. Brasília: Senado Federal – Subsecretaria de edições técnicas, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde na Escola**. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção nº24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FIALHO, N.N.; FERREIRA, J.L. Violência na escola: o olhar do pedagogo. In: Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, 10., 2011, Curitiba. **Anais...** X Congresso Nacional de Educação, Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2011. p.356-69.

FROTA, M.A. *et al.* Percepção da criança da periferia de Fortaleza-Ceará acerca da violência. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.15, n.3, p.427-432, 2010.

FROTA, M.A. *et al.* Crianças no âmbito escolar: incivilidade, agressividade e violência na percepção do professor. In: NORONHA, C.V.; ALMEIDA, A.O. (Orgs). **Violências intencionais contra grupos vulneráveis: crianças, adolescentes, adultos jovens, mulheres e idosos**. Salvador: EDUFBA, 2012.

GAGLIOTTO, G.M.; BERTÉ, R.; VALE, G.V. Agressividade da criança no espaço escolar: uma abordagem psicanalítica. **Rev. Reflexão Ação**, Santa Cruz do Sul, v.20, n.1, p.144-160, 2012.

REICHENHEIM, M.E.; HASSELMANN, M.H.; MORAES, C.L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para elaboração de propostas de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, 1999, p.109-121.

MARINHO-ARAÚJO, C.M.; ALMEIDA, S.F.C. **Psicologia Escolar**: construção e consolidação da identidade profissional. São Paulo: Alínea, 2008.

MARTÍNEZ-OTERO, V.; MIRANDA, R.J. A violência escolar. **Rev. Iberoamericana de Educação**, v.52, n.3, p.1-8, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

MINAYO, M.C.S. *et al.* **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 31 ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

MOURA, R. (Orgs). **Mapa da criminalidade e da violência em Fortaleza perfil da SER**. Cartilha da Regional. UECE. Fortaleza: 2011. [Internet]. Disponível em: <http://www.uece.br/labvida/dmdocuments/regional_I.pdf>. Acesso em 25 de setembro de 2014.

PRIOTTO, E.P. **Violência escolar**: políticas públicas e práticas educativas. 2008. Dissertação (Mestrado) – PUCPR, Curitiba, 2008.

PRIOTTO, E.P.; BONETI, L.W. Violência escolar: na escola, da escola e contra a escola. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v.9, n.26, p. 161-179, 2009.

ROSA, M.J.A. Violência no ambiente escolar: refletindo sobre as consequências para o processo de ensino aprendizagem. **Rev. Fórum Identidades**, Itabaiana, v.8, p.143-158, 2010.

SANTOS, F.P.A. *et al.* Estratégias de enfrentamento dos dilemas bioéticos gerados pela violência na escola. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.267-281, 2011.

SCHOTTZ, E.S.; SILVA, J.C.M. Histórico da agressividade e violência nas escolas públicas e particulares no Brasil. **Interfaces Científicas**, Aracaju, v.2, n.2, p.121-136, 2014.

SEBASTIÃO, J. Violência na escola: uma questão sociológica. **Interações**, v.5, n.13, p. 35-62, 2009.

SEVERO, S.S.G.; FRANCO, A.F. O professor frente aos desafios da violência escolar. In: Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, 10., 2011,

Curitiba. **Anais...** X Congresso Nacional de Educação, Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2011. p.582-96.

SOUZA, M.A.; CASTRO, R.E.F. Agressividade infantil no ambiente escolar: concepções e atitudes do professor. **Psicol. Estud.**, Maringá, v.13, n.4, 2008.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.777-796, 2009.

Distribuição Proibida
EdUECE

CAPÍTULO 15

ATENÇÃO INTEGRAL E INTERDISCIPLINAR DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO MENTAL COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E *DIABETES MELLITUS*

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Rogeana Maria Rodrigues Nunes

José Manuel Peixoto Caldas

Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho

Paula Dayanna Sousa dos Santos

Sirléia Lucy Aragão da Silva

Distribuição Proibida
EdUECE

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica revolucionou a assistência ao usuário mental, com a implantação de novas formas de atendimento através de um sistema extra-hospitalar e multiprofissional. Porém, ainda persistem lacunas impedindo a assistência integralizada ao usuário, principalmente se este é portador de outro problema de saúde. Fato que observou-se no cuidado prestado ao usuário portador de doença mental com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e *Diabetes mellitus* (DM), tanto ao nível de internação hospitalar como no atendimento ambulatorial, em que a Equipe de Saúde (ES) priorizava as condutas terapêuticas inerentes à doença mental, e se omitia dos outros problemas de saúde desse usuário.

O usuário não pode ser fragmentado, mas ser visto como “um todo”, logo a atenção deve estar centrada na pessoa

e não na doença. O cuidado integral à pessoa e à sua família é um desafio para a Equipe de Saúde, em particular para a Equipe de Enfermagem, que está diretamente ligado à vida da pessoa cuidada e de seus familiares, emponderando-os para o gerenciamento de sua vida com vista a alcançar o melhor nível de saúde e de bem-estar, e possibilitando a conquista de qualidade de vida. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude que envolve múltiplas dimensões – biológica, social, psicológica e espiritual.

A integralidade e o cuidado apontam para as dimensões do viver humano que integram espaços, condições e expressões singulares que permitem reafirmar a complexa unidade humana. Nesse sentido, as atitudes, as ações e os fazeres dos profissionais de saúde devem valorizar os aspectos objetivos e subjetivos desse viver humano, respeitando o livre-arbítrio dos sujeitos na coprodução da saúde individual e coletiva (VIEGAS e PENNA, 2015).

A integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado (SILVA e SENA, 2010).

Pela sua natureza crônica de ambos agravos associadas, exige-se um acompanhamento rigoroso e a longo prazo, essencial para prevenir complicações e melhorar os resultados. Logo, torna-se necessária uma abordagem holística, pois além do início dos sintomas e da evolução de outras necessidades que surgem, no curso da doença, como problemas de trabalho, humor, perda de autonomia, entre outros.

Tem-se presenciado que existe um grande número de usuários em instituições de saúde mental com outros problemas de saúde que necessitam de um atendimento integral pela Equipe de Saúde, dentre estes, a HAS e o DM, uma vez que estes constituem graves problemas de Saúde Pública. Portanto, são duas doenças crônico-degenerativas que têm aumentado os custos sociais com invalidez e absenteísmo laboral, sendo que a prevenção de risco e o controle desses agravos reduzem esses custos, além de investir na promoção da saúde, possibilitando ao usuário e aos familiares a manutenção e a promoção de sua saúde.

A HAS, conhecida popularmente como pressão alta, é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno, e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial, tendo como fatores de risco a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse, o fumo e outras causas. Pessoas negras possuem maior risco de serem hipertensas. A sua incidência aumenta com a idade, mas também pode ocorrer na juventude (SBC, 2016).

A HAS é o principal fator de risco para as complicações mais comuns, como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (SBC, 2016).

No Brasil, há cerca de 17 milhões de portadores de HAS, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente. Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadores. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (SBC, 2016).

O DM é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patológicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. O DM configura-se como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo (SBD, 2014).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil, são cerca de seis milhões de portadores, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010 (SBD, 2014).

Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o DM cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento, e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (SBD, 2014).

Ressalta-se que o DM e HAS são duas doenças crônicas que estão entre si associadas, pois controla-se uma e previne-se a outra. Logo, a assistência da equipe de saúde deve ser integra-

lizada, não só pelos problemas de saúde do usuário, mas pela complexidade do atendimento às necessidades.

Diante da fragmentação da atenção prestada ao usuário diabético e/ou hipertenso acompanhado nas instituições de saúde mental, questiona-se: como será a atenção prestada pelo enfermeiro ao usuário mental portador de HAS e/ou DM? O planejamento e a implementação dessa atenção centram-se na doença mental ou na pessoa com a finalidade de atender as suas necessidades de saúde?. Com base nesses questionamentos, optou-se por este estudo com o objetivo de descrever a atenção prestada pelo enfermeiro ao usuário portador de DM e HAS atendido em uma instituição de saúde mental.

METODOLOGIA

Estudo descritivo realizado em quatro instituições públicas de saúde mental, sendo três Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e um hospital de referência terciária do Sistema Único de Saúde (SUS), situadas em Fortaleza-Ceará.

Participaram do estudo vinte e oito enfermeiros lotados nas instituições supracitadas, ou seja, quatro nos CAPS e vinte e quatro no hospital, independentemente de cor, sexo, estado civil, idade, e que aceitaram participar deste estudo.

Coletaram-se os dados durante os meses de agosto e setembro de 2016, por meio de questionário, cujo roteiro foi constituído pelos dados sociodemográficos e aqueles relacionados à atenção prestada pelos enfermeiros aos usuários. Os dados foram organizados em quadros e a análise fundamentou-se nas experiências dos entrevistados e na literatura selecionada.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS/MS (BRASIL, 2012), que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Aos participantes foram assegurados o anonimato e o direito de retirar o consentimento no momento que desejassem. Os dados foram coletados após emissão do parecer da Comissão de Ética da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, sob o parecer 198/2016.

RESULTADOS

Para o processamento da análise os dados foram agrupados em caracterização dos entrevistados e descrição da atenção prestada pelos enfermeiros para o controle da HAS e/ou do DM.

Caracterização dos entrevistados

Os enfermeiros atuavam de três a sete anos na área de saúde mental, eram especialistas nessa área, exceto um, somente graduado. Quanto à participação em programa de pós-graduação *stricto sensu*, uma estava com mestrado em andamento e outra havia concluído o doutorado. Entre os enfermeiros assistenciais, dois eram docentes.

Descrição da atenção prestada pelos enfermeiros para o controle da HAS e/ou do DM

De acordo com o Quadro 1, a atenção prestada pelos enfermeiros ao usuário mental portador de HAS e DM, ao nível de internação, consistia predominantemente de orientação

dietética e prática regular de exercício físico (96,4%), controle do nível glicêmico, da pressão arterial, e dieta (78,5%), encaminhamento ao serviço especializado no atendimento aos agravos – HAS e DM (71,4%), e orientação sobre medicação (67,8%).

Quadro 1 - Distribuição dos enfermeiros, segundo a atenção prestada ao usuário mental portador de HAS e DM, ao nível de internação hospitalar. Fortaleza - CE, 2016. n = 28

Atenção prestada pelos enfermeiros	f	%
Orientação sobre dieta	27	96,4
Orientação sobre exercício físico	27	96,4
Controle da glicemia, pressão e dieta	22	78,5
Encaminhamento ao serviço especializado	20	71,4
Orientação sobre a medicação	19	67,8
Orientação sobre o tratamento	12	42,8
Encaminhamento ao médico	11	39,2

Segundo o Quadro 2, as condutas citadas pelo enfermeiro no atendimento ambulatorial eram as mesmas para o usuário internado, exceto o controle do nível glicêmico e do nível pressórico, e orientação sobre tratamento. Quanto ao encaminhamento ao médico, essa conduta é exclusiva da Unidade de Internação.

Quadro 2 - Distribuição dos enfermeiros, segundo as condutas ao usuário mental portador de DM e/ou HAS, ao nível ambulatorial. Fortaleza-CE, 2016. n = 28.

Condutas dos enfermeiros ao nível ambulatorial	f	%
Orientação sobre dieta	26	98,2
Orientação sobre exercício físico	26	98,2
Encaminhamento ao serviço especializado	21	75,0
Orientação sobre a doença	15	53,5
Orientação sobre a medicação	14	50,0

DISCUSSÃO

Na construção da integralidade no cuidado à saúde é preciso oferecer, em cada caso, a abordagem que melhor atenda às necessidades do sujeito. Nesse sentido, a enfermagem enfrenta, no conjunto das práticas em saúde, o desafio de formar e capacitar profissionais para uma nova forma de produzir serviços de saúde e cuidado com resolutividade e qualidade e que se apropriem adequadamente dos espaços, instrumentos e agentes dos dois campos de saberes, Clínica e Saúde Coletiva, e de outros saberes, como a antropologia, a sociologia, a psicologia, e que tenha como finalidade a integralidade do cuidado (SILVA e SENA, 2010).

Existe uma tendência, que está evoluindo mesmo de forma lenta, a qual propõe a utilização de vários saberes no atendimento dos portadores de transtorno psíquico que apresentam uma comorbidade clínica e que procuram este tipo de atendimento. Acredita-se que este fato possa gerar a incorporação de contribuições de diferentes áreas do saber sobre o transtorno mental e isto pode quebrar a hegemonia do modelo médico hegemônico.

Muitos dos usuários portadores de doença mental são pessoas com mais de 20 anos de evolução de DM e HAS associados. Os indivíduos com DM tipo 1 ou tipo 2 estão em maior risco para desenvolver depressão, ansiedade e transtornos alimentares. Estas comorbidades comprometem a adesão ao tratamento e, assim, aumentam o risco de complicações graves que podem resultar em cegueira, amputações, acidente vascular encefálico, declínio cognitivo, diminuição da qualidade de vida e morte prematura. A taxa de depressão em diabéticos é muito maior do que na população geral. Diabéticos com depressão têm uma taxa muito alta de episódios depressivos recorrentes nos primeiros cinco anos após o diagnóstico. Também entre os usuários com uma história psiquiátrica foram encontrados uma maior média de hemoglobina glicosilada (SBD, 2014).

Uma questão desde logo se coloca, a de saber se a atenção ao usuário mental com HAS e DM é integral, é dizer, se o enfermeiro faz um acompanhamento centrado nas necessidades do usuário ou na doença mental.

Quando se fala em cuidado em saúde numa perspectiva integral, remete-se a uma nova modalidade de relacionamento, dentro das equipas de saúde e em relação ao sujeito adoecido, que vai muito além do simples ato de prescrever. Denota o encontro, a produção de afeto; e a atenção clínica não será eficaz se não forem consideradas as repercussões afetivas na experiência do adoecimento e as demandas emocionais do usuário. O profissional, nesta proposta, age como *cuidador* e não *prescrevedor*. Neste sentido, partindo de uma postura diferenciada dos profissionais de saúde, o ambiente que irá receber o sujeito adoecido deverá ser acolhedor, com intuito de oferecer apoio e suporte integrais, propiciando-lhe um sentimento de proteção, que incidirá na redução do estresse e no aumento do bem-estar

psicológico. Na discussão dos cuidados integrais em saúde, deve-se buscar no conceito de integralidade uma das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sua principal premissa (LOPES, RODRIGUES e BARROS; 2012).

A partir da perspectiva da integralidade e do cuidado em saúde, deve-se ressaltar a importância da concepção de clínica ampliada, enquanto proposta interdisciplinar voltada ao desenvolvimento de um projeto terapêutico que vise não apenas à produção de saúde, mas também à autonomia dos sujeitos no processo saúde (ALCÂNTARA *et al*, 2014).

Para Japiassu (1976), as relações interdisciplinares permitem uma melhor compreensão da realidade e auxiliam na resolução de problemas, pois permitem a troca de informações e de críticas, favorecendo a reorganização do meio científico, as transformações institucionais a serviço da sociedade e do homem; ampliam a formação geral dos profissionais, favorecendo a descoberta de suas aptidões, definições de papel dentro da sociedade, maior compreensão e crítica a respeito do mundo; melhoram a preparação do profissional, gerando uma formação polivalente; facilitam a troca de conhecimento, gerando instrumentos para análise e resolução de problemas da equipe; e desenvolvem a educação continuada dos profissionais.

Entende-se que interdisciplinaridade é caracterizada pela troca de informações e conhecimentos entre os profissionais e pelo grau de integração real das disciplinas, durante o atendimento e a resolução de problemas comuns. Podemos afirmar que no espaço onde se dá a relação interdisciplinar deverá haver sempre a negação e a superação das fronteiras disciplinares. A relação interdisciplinar geraria um processo interativo tal que cada disciplina sairia enriquecida após a interação e os resultados possam ser incorporados pelas várias especialidades (JAPIASSU, 1976: p. 74-75).

Para o autor citado, a aproximação entre as disciplinas que existe neste tipo de trabalhos implica em confronto de pontos de vista, as interpretações se interpenetram para que ocorra uma melhor compreensão do objeto de interesse. A diversidade de possibilidades geradas pelo trabalho interdisciplinar resulta em um conhecimento mais rico e matizado do que o trabalho feito somente por uma disciplina.

Para isso, diz o autor, existem algumas exigências que se impõem à interdisciplinaridade. Uma delas é a competência de cada especialista. Para que o trabalho interdisciplinar se realize, é necessário que o especialista domine de forma segura as exigências epistemológicas e metodológicas comuns a todos, bem como os aspectos particulares e específicos da sua disciplina. Um especialista só poderá colaborar com outros se tiver real competência a respeito do seu saber específico.

Proseguindo, ressalta que outra exigência que a interdisciplinaridade impõe é o reconhecimento, por parte do especialista, do caráter parcial e relativo de sua própria disciplina, de seu enfoque, cujo ponto de vista é sempre particular e restritivo. A partir do momento em que o especialista relativiza seu conhecimento, é necessário que ele adquira certa familiaridade, de modo superficial, com as demais disciplinas e que renuncie *“a toda e qualquer atitude de pequeno proprietário demasiado aferrado à sua porção de saber como a um bem a ser avaramente protegido”* (JAPIASSÚ, 1976, p. 105).

Todo cidadão tem direito a uma assistência global, em que o profissional de saúde, em questão, o enfermeiro, deve ter uma visão holística. Assim sendo, a relação entre o enfermeiro e o usuário deve discorrer de tal forma que sejam considerados os aspectos emocionais, econômicos e culturais, onde o diálogo entre usuários e enfermeiros é primordial. Esta assistência

proporciona tanto o bem-estar físico como mental e ambiental, permitindo a atuação do profissional, também na prevenção de doenças, e, desta forma, é possível perceber a importância do conhecimento da integralidade, por parte dos profissionais de saúde, na Rede Básica (PINHO *et al.*, 2012).

As ações do Enfermeiro estão focadas na promoção da saúde mental, na ajuda ao usuário a enfrentar as pressões da enfermidade mental e na capacidade de assistir ao usuário, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da enfermidade mental. Para o enfermeiro realizar suas funções, deve usar a percepção e a observação, como técnicas para formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico (VILLELA e SCATENA, 2014).

A psiquiatria está passando por uma reinvenção na maneira de cuidar. Faz-se necessário que cada especialista repense o seu saber específico e que, a partir desses saberes mais estruturados, mais humanizados e renovados, surja uma assistência integral ao portador de doença mental. Não cabe atualmente um cuidado compartimentalizado, mas um atendimento que perceba o usuário como um ser holístico, biopsicosocial e espiritual, e que só conseguiremos atingir um trabalho digno e cidadão através do desenvolvimento de atividades interdisciplinares.

Neste momento de melhoria na qualidade da assistência psiquiátrica, é importante que a equipe de saúde comece a desenvolver sua prática voltada para o atendimento ao usuário admitido no CAPS. Porém, pode-se verificar que a equipe possui dificuldade em criar novas modalidades de assistência.

Acredita-se que essa dificuldade é o resultado de um aprendizado basicamente tecnicista, flexneriano, no qual a atenção maior se dá ao biológico com ênfase na abordagem farmacológica. O relacionamento terapeuta-usuário sucumbiu e deu lugar à indiferença e ao descaso; a escuta não tem vez nesta relação. É possível que o grande avanço das ciências, após a revolução tecnológica e industrial no Século XIX e o ensino médico baseado na crescente especialização, tenha favorecido ainda mais esse dualismo.

As correntes e definições atuais da ciência da enfermagem demonstram a tendência holística – abordar a pessoa integral em todas as dimensões, na saúde e na doença, e na interação com a família e a comunidade. A enfermagem é baseada no estabelecimento de uma relação de cuidado e de ajuda. Este relacionamento é fundamental para a interação que permite ao usuário e à equipe de saúde, empenhar-se para uma mútua compreensão das necessidades do usuário. Desta maneira participativa, o usuário, o enfermeiro e os outros membros da equipe de saúde identificam acordos mútuos sobre as metas. A comunicação produz um sentido para provocar mudanças., constitui um universo multidimensional no qual os distintos atores desenvolvem estratégias, tecem alianças, antagonismos e negociações. O enfermeiro ouve, fala e age para negociar a mudança e promover o bem-estar do usuário e o seu retorno ao nível de saúde (POTTER & PERRY, 2013).

Construir a integralidade do cuidado em saúde implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa, também, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados, constata-se que os enfermeiros, de modo geral, prestam atenção centrada no usuário, com vista ao controle dos agravos – HAS e DM.

O planejamento da assistência de enfermagem deve se basear num atendimento globalizado/integralizado às necessidades do usuário, através do conhecimento da história natural da doença, norteando as condutas preventivas nos três níveis de atenção à saúde – primária, secundária e terciária.

Entretanto, na prática, essa meta não é facilmente atingida, principalmente para usuarios com doença(s) crônica(s). Neste processo, os familiares são também envolvidos, pois muitas vezes recorrem e procuram apoio nos enfermeiros, por serem os elementos da equipe multidisciplinar mais próximos aos usuarios e aos familiares. Nos usuários com doenças crônicas, a relação familiar torna-se mais complexa, gerando sentimentos conflitantes durante a hospitalização, conflitos esses expressos à Equipe de Saúde, particularmente ao enfermeiro, que muitas vezes não se sente preparado para lidar com essas situações.

Em face dessas considerações, ressalta-se a importância do enfermeiro como educador na prestação do cuidado integral ao usuário no hospital, no ambulatório, no domicílio etc., voltado para o atendimento às suas necessidades afetadas, associadas ou não a outro problema de saúde, para o qual foi solicitada a sua assistência.

Torna-se importante, pois, a participação dos enfermeiros na implantação e desenvolvimento de um grupo multidisciplinar de assistência aos usuários com uma ou mais doença crônica. A formação de grupos inter e multidisciplinares pode

viabilizar a sistematização e a homogeneização das condutas a serem tomadas pela equipe, que se refletirão numa diminuição de conflitos internos anteriormente existentes. Os conflitos muitas vezes são motivados por discrepância nas condutas, deficiência das informações e comunicação inadequada entre os enfermeiros. A situação desses usuários e sua relação familiar analisada em conjunto possibilitam a divisão da responsabilidade na tomada de decisão muitas vezes delicadas e conferem maior segurança aos profissionais na abordagem com o usuário e família.

Os usuários e familiares acompanhados de modo integral pelo enfermeiro passam a usufruir, com garantia, do seu direito à informação e de receber uma assistência direcionada às suas necessidades e expectativas, com respeito à sua individualidade, privacidade e dignidade.

A estratégia de atenção de cuidado integral favorece ainda o estabelecimento de um canal de comunicação sempre aberto para usuários e familiares manifestarem seus medos, dúvidas e ansiedades, com garantia de respostas coesas e seguras pela equipe, proporcionando um clima de entendimento e compreensão, fundamental para o enfretamento dessas situações.

O trabalho desenvolvido de forma contínua e gradual contribui para o crescimento e o amadurecimento das pessoas envolvidas por propiciar uma catarse e uma retomada do próprio significado de vida.

Por conseguinte, a lógica do cuidado e da integralidade da saúde configura processos de trabalho nos quais os profissionais não operam apenas na modalidade do agir instrumental e estratégico para os quais o êxito a alcançar, o resultado, está determinado *a priori*, desde antes e independentemente

das vicissitudes do transcorrer da intervenção e da interação equipe de saúde-usuário. Na lógica do cuidado e da integralidade, a comunicação e a interação são intrínsecas à intervenção profissional, o que constitui um contexto de trabalho favorável à articulação das ações e à construção de um projeto comum da equipe.

Os resultados deste estudo poderão despertar os enfermeiros que atendem usuários portadores de DM e HAS em instituição de saúde mental para uma reflexão crítica sobre a sua atuação com vista ao planejamento do cuidado integral e, deste modo, promover a saúde deste coletivo.

Distribuição Proibida

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L.S; OLIVEIRA, A. C. A .M; GUEDES, M. TS; SANTOS, M. C. M; DINIZ, D. R; SOARES, E. Interdisciplinaridade e Integralidade: a Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no INCA. **Rev Bras Cancerol**, São Paulo 2014, v. 60, n. 2, p. 109-118.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta a pesquisa envolvendo os seres humanos**. Brasília: CONEP/CNS/MS; 2012.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

LOPES, D. D; RODRIGUES, F.D; BARROS, N. D. V. M. Para além da Doença - Integralidade e Cuidado em Saúde. **Psicol Pesq**, Juiz de Fora 2012, v. 6, n. 1 (*online*).

PINHO *et al*. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. Eletr. Enf.** 2012. v. 14, n. 1, p. 42-51. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm.

POTTER, P; PERRY, A. **Fundamentos de Enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo 2010, v. 42, n. 1, (*online*).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: SBC; 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE. **Diretrizes Brasileiras de Diabetes**. São Paulo: SBD; 2014.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. Bras Enferm**, Brasília 2014, v. 67, n. 2, p. 738-741.

VIEGAS, S. M. F; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface** 2015, v. 19, n. 55 (*online*).

Distribuição Proibida
EdUECE

CAPÍTULO 16

EXISTEM DIFERENÇAS ENTRE OS SEXOS NAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA?

Ana Paula Antero Lôbo
Igho Leonardo do Nascimento Carvalho
Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva
Ana Paula Vasconcellos Abdon
Clayre Anne de Araújo Aguiar
Adriana Rolim Campos Barros

Distribuição Proibida
EdUECE

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo, multicausal, caracterizado como uma violência auto infligida, com intenção de morrer (OMS, 2002; BRASIL, 2005). No ano de 2012, ocorreram mais de 800 mil mortes por essa causa em todo o mundo, sendo considerado um grave problema de saúde pública e de grande preocupação mundial (WHO, 2014).

Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja vinte vezes superior ao de suicídios propriamente ditos, configurando-se como um dos principais fatores de risco para uma futura efetivação desse intento (WHO, 2014). Outros elementos que contribuem para uma maior vulnerabilidade são a presença de transtornos mentais e de condições clínicas incapacitantes (CAVANAGH et al., 2003; WEBB et al., 2012).

A razão de suicídio entre homens e mulheres é de 3:1, no entanto, a razão para tentativas de suicídio entre os sexos é de 1:3, havendo uma inversão desses valores (TSIRIGOTIS;

GRUSZCZYNSKI; TSIRIGOTIS, 2011). Esse fato é denominado “paradoxo de gênero” e independe da idade (CANETTO; SAKINOSFKY, 1998).

Seguindo essa controvérsia, as mulheres tendem a buscar ajuda com maior frequência que os homens nos serviços de saúde. Mas isso não as impede de apresentarem índices mais elevados que o sexo masculino para as tentativas de suicídio. A intoxicação por medicamentos prescritos nas consultas é utilizada, em muitos casos, como método de lesão autoprovocada, gerando um problema, de maneira irônica, possivelmente pela facilidade de acesso aos agentes tóxicos (HARADA et al., 2014).

O uso de medicamentos nas tentativas de suicídio é um dos principais meios para esse intento, variando seus índices de acordo com o perfil sociodemográfico, econômico e cultural de cada região (TSIRIGOTIS; GRUSZCZYNSKI; TSIRIGOTIS, 2011; BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010). No Brasil, entre 1998 e 2009, cerca de 70,0% das internações hospitalares por tentativa de suicídio foram decorrentes de intoxicação exógena, sendo 46,2% por uso de medicamentos, 29,8% pelo uso de álcool e 15,1% por pesticidas (SANTOS; LEGAY; LOVISI, 2013).

As classes farmacológicas com ação no Sistema Nervoso Central são predominantes nas tentativas de suicídio em vários estudos nacionais e internacionais (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015; KAVALCI et al., 2014). Porém, poucos abordam a associação com o sexo.

Diante disso, o estudo objetivou investigar a relação entre o sexo e os agentes tóxicos envolvidos nas tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa, subsidiando a discussão sobre gênero e acesso aos serviços de saúde. O aprofundamento dessa discussão é um processo necessário para o desenvolvimento de ações de prevenção do agravo.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, documental, utilizando abordagem quantitativa, de caráter descritivo-exploratório (CRESWELL, 2007; MEDRONHO et al., 2011). Trata-se de produção decorrente de um projeto de pesquisa intitulado “Estudo das intoxicações por medicamentos registradas pelo Centro de Intoxicações do Ceará”.

Os dados foram provenientes do Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX), serviço de referência em atendimento à intoxicação, localizado em Fortaleza, estado do Ceará, coletados no período de junho a agosto de 2015. A população do estudo constituiu-se das fichas de notificação, resultantes de atendimento presencial no CEATOX no período de 2010 a 2014, cujas circunstâncias referiram-se à tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa, totalizando amostra não probabilística de 926 casos, o que representou 68% das notificações deste período.

A coleta se baseou na transcrição da ficha de notificação que contém informações sobre características socioeconômicas e demográficas, da intoxicação e da evolução e condutas clínicas. Os dados foram armazenados e analisados no pacote estatístico *SPSS*® 19.0, tendo como plano de análise a obtenção de frequências simples das características socioeconômicas, demográficas e da intoxicação. Abrangeu ainda a identificação das classes farmacológicas e dos agentes tóxicos, bem como a avaliação da associação entre as variáveis dependentes e independente (sexo) pela aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson ($p < 0,05$), com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Foram atendidos os aspectos legais e princípios éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466/12 e parecer favorável do Comitê de Éti-

ca em Pesquisa (CEP/IJF), protocolo nº 1.060.172 (CAAE: 43543215.4.0000.5047).

RESULTADOS Perfil sociodemográfico e ocupacional das tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa

Dos 926 casos de tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa no estado do Ceará, durante o período de 2010 a 2014, 70,7% (655) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 29 anos (desvio padrão \pm 13), sendo que 52,4% (485) correspondem à faixa etária adulta (25-59 anos). A cidade de Fortaleza, capital do estado, foi o município de residência para 72,2% (669) dos casos. De acordo com a ocupação/profissão, 21,7% (201) pertenciam à categoria “estudante”.

Para o sexo feminino, o ano de 2011 destacou-se como apresentando maior número de casos de tentativa de suicídio durante o período analisado, com 24,4% (160) das ocorrências. Em se tratando de ocupação/profissão, além de “estudante” (23,8%; n=156), a categoria “dona de casa” representou 16,3% (107) das ocupações. Já para o sexo masculino, o ano de pico foi 2012, correspondendo a 25,8% (70) das notificações, e a categoria “desempregado”, com 14,4% (39), destacou-se atrás também de “estudante” (16,6%; n=45). A tabela 1 mostra as características sociodemográficas e ocupacionais de acordo com o sexo.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico e ocupacional das tentativas de suicídio de acordo com o sexo. Ceará/Brasil (2010-2014).

Variáveis	Masculino (n=271)		Feminino (n=665)		Total (n=926)	
	n	%	n	%	n	%
Ano da intoxicação						
2010	46	17	120	18,3	166	17,9
2011	53	19,6	160	24,4	213	23
2012	70	25,8	151	23,1	221	23,9
2013	61	22,5	117	17,9	178	19,2
2014	41	15,1	107	16,3	148	16
Faixa etária (anos) 0-9						
	3	1,1	-	-	3	0,3
10-14	9	3,3	51	7,8	60	6,5
15-19	51	18,8	126	19,2	177	19,1
20-24	49	18,1	121	18,5	170	18,4
25-59	150	55,4	335	51,1	485	52,4
≥60	9	3,3	22	3,4	31	3,3
Município de residência						
Fortaleza	197	72,7	472	72,1	669	72,2
Região metropolitana	45	16,6	113	17,3	158	17,1
Interior do estado	29	10,7	70	10,7	99	10,7
Ocupação/Profissão						
Estudante	45	16,6	156	23,8	201	21,7
Dona de casa	-	-	107	16,3	107	11,6
Desempregado	39	14,4	41	6,3	80	8,6
Trabalhadores dos serviços e vendedores*	22	8,1	81	12,4	103	11,1
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	28	10,3	15	2,3	43	4,6
Não informado	74	27,3	150	22,9	224	24,2
Outros	63	23,3	115	16	168	18,2

*Vendedores do comércio em lojas e mercado.

Características das intoxicações nas tentativas de suicídio por medicamentos

A intoxicação ocorreu no mesmo município de residência em 99,5% (921) dos casos. A administração do (s) medicamento (s) deu-se por via oral em todas as notificações e o local escolhido para a realização do intento foi a residência em 97,1% (899) das ocorrências.

O tipo de intoxicação denominada “aguda única” foi característico das tentativas de suicídio nesse período, ou seja, 96,4% (893) das pessoas tiveram uma única exposição à intoxicação por medicamento. Verificou-se a utilização de apenas um agente tóxico nas tentativas em 53,7% (497) dos casos.

De acordo com a avaliação das intoxicações, 43,3% (401) apresentaram quadro de envenenamento moderado e 36,6% (339), envenenamento leve. Entre os sexos, houve diferenças nas frequências dos quadros leves e graves, perfazendo para o sexo feminino um total de 40,6% (266) e 13,1% (86), respectivamente, enquanto para o sexo masculino esse percentual foi de 26,9% (73) e 21,8% (59).

A maioria das pessoas atendidas no CEATOX por tentativa de suicídio, 73,9% (684), permaneceu até 1 dia (24h) na unidade hospitalar. Contudo, houve necessidade de internação em 57,0% (528) das ocorrências para acompanhamento do quadro clínico. A alta hospitalar foi o desfecho mais frequente, correspondendo a 59,7% (553) dos registros, sendo notificados apenas 8 óbitos (0,9%). Um total de 27,3% (252) das pessoas não foram encontradas no hospital após o atendimento.

As características da intoxicação estão dispostas na tabela 2, não havendo diferenças expressivas entre a variável sexo e os dados gerais.

Tabela 2: Características da intoxicação das tentativas de suicídio por medicamentos de acordo com o sexo. Ceará/Brasil (2010-2014).

Variáveis	Masculino (n=271)		Feminino (n=655)		Total (n=926)	
	n	%	n	%	n	%
Município que ocorreu a						
intoxicação						
Mesmo de residência	268	98,9	653	99,7	921	99,5
Diferente da residência	3	1,1	2	0,3	5	0,5
Via de intoxicação Oral						
	271	100,0	655	100,0	926	100,0
Local da intoxicação						
Residência	261	96,3	638	97,4	899	97,1
Trabalho	1	0,4	7	1,1	8	0,9
Escola	-	-	4	0,6	4	0,4
Ambiente Externo	6	2,2	5	0,8	11	1,2
Outros	3	1,1	1	0,2	4	0,4
Tipo de intoxicação						
Aguda única	265	97,8	628	95,9	893	96,4
Aguda repetida	4	1,5	26	4,0	30	3,2
Aguda sobre crônica	2	0,7	1	0,2	3	0,3
Quantidade de agente tóxico 1						
1	150	55,4	347	53,0	497	53,7
2	60	22,1	166	25,3	226	24,4
3	39	14,4	76	11,6	115	12,4
4	14	5,2	45	6,9	59	6,4
≥ 5	8	2,9	21	3,2	29	3,1
Avaliação						
Envenenamento leve	73	26,9	266	40,6	339	36,6
Envenenamento moderado	129	47,6	272	41,5	401	43,3
Envenenamento grave	59	21,8	86	13,1	145	15,7

Envenenamento não excluído	10	3,7	31	4,7	41	4,4
Período de atenção hospitalar (dias)						
0	114	42,1	296	45,2	410	44,3
1	74	27,3	200	30,5	274	29,6
2	36	13,3	70	10,7	106	11,4
3	17	6,3	34	5,2	51	5,5
≥4	30	11,0	55	8,4	85	9,2
Internação hospitalar Sim	159	58,7	369	56,3	528	57,0
Não	112	41,3	286	43,7	398	43,0
Desfecho						
Alta hospitalar	165	60,9	388	59,2	553	59,7
Alta a pedido	15	5,5	45	6,9	60	6,5
Alta à revelia	6	2,2	17	2,6	23	2,5
Transferido	11	4,1	19	2,9	30	3,2
Óbito	4	1,5	4	0,6	8	0,9
<u>Não encontrado*</u>	<u>70</u>	<u>25,8</u>	<u>182</u>	<u>27,8</u>	<u>252</u>	<u>27,3</u>

*Paciente não encontrado após entrada no hospital.

A classe farmacológica dos “ansiolíticos e hipnóticos” (41,8%) prevaleceu nos intentos suicidas entre o sexo feminino, seguida dos “antidepressivos” (29,0%) e “analgésicos e antipiréticos” (17,9%). Para o sexo masculino, também se destacaram as classes dos “ansiolíticos e hipnóticos” (39,9%) e “antidepressivos” (33,9%), porém seguida dos “antiepilépticos” (19,9%). Houve associação entre sexo masculino e uso de “antipsicóticos e neurolépticos” ($p=0,001$) e “antiepilépticos” ($p=0,035$) e entre sexo feminino e uso de “analgésicos e antipiréticos” ($p=0,046$). A tabela 3 mostra a associação entre os agentes tóxicos mais frequentemente envolvidos nas tentativas de suicídio e a variável sexo.

Tabela 3: Associação entre as variáveis, agentes tóxicos e sexo, nas tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa. Ceará/Brasil (2010-2014).

	Masculino Tóxicos (n=926)		Feminino (n=271) p-valor		Total Agentes (n=655)		
	n	%	n	%	n	%	
Ansiolíticos e hipnóticos							
Sim	108	39,9	274	41,8	382	41,3	0,578
Não	163	60,1	381	58,2	544	58,7	
Antidepressivos							
Sim	92	33,9	190	29,0	281	30,5	0,137
Não	179	66,1	465	71,0	644	69,5	
Analgésicos e anti-piréticos							
Sim	34	12,5	117	17,9*	151	16,3	0,046
Não	237	87,5	538	82,1	775	83,7	
Antiepilépticos							
Sim	54	19,9*	94	14,4	148	16,0	0,035
Não	217	80,1	561	85,6	778	84,0	
Antipsicóticos e neurolépticos							
Sim	53	19,6**	73	11,1	126	13,6	0,001
Não	218	80,4	582	88,9	800	86,4	

*p<0,05, **p<0,01, Qui-quadrado.

Os agentes causadores da intoxicação estão descritos na tabela 4 e corroboram com a predominância das classes farmacológicas envolvidas nos casos de tentativas de suicídio citadas anteriormente. Diazepam (ansiolítico) (6,1%, n=40), Amitriptilina (antidepressivo) (6,0%, n=39) e Clonazepam (ansiolítico) (5,2%, n=34) destacaram-se como os principais medicamentos responsáveis pelas intoxicações no sexo feminino. Para o sexo masculino, destacaram-se Amitriptilina (8,5%, n=23),

Clonazepam (5,5%, n=15) e Carbamazepina (anticonvulsivante) (4,4%, n=12). Ressalta-se ainda que em 48,4% (317) e 46,1% (125) dos casos, respectivamente para o sexo feminino e masculino, as tentativas de suicídio envolveram o uso associado de outros medicamentos (45,3%; n= 297 e 42,4%; n=115, respectivamente).

Tabela 4: Agentes causadores da intoxicação nas tentativas de suicídio de acordo com o sexo. Ceará/Brasil (2010-2014).

Agentes da intoxicação	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Diazepam	11	4,1	40	6,1
Amitriptilina	23	8,5	39	6,0
Clonazepam	15	5,5	34	5,2
Carbamazepina	12	4,4	25	3,8
Fenobarbital	10	3,7	21	3,2
Alprazolam	5	1,8	18	2,7
Fluoxetina	1	0,4	13	2,0
Clorpromazina	6	2,2	9	1,4
Paracetamol	3	1,1	8	1,2
Haloperidol	9	3,3	7	1,1
Não informado	14	5,2	37	5,6
Outros	162	59,8	404	61,7
Total	271	100,0	655	100,0

DISCUSSÃO

Esse estudo representa uma contribuição importante por analisar as tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa no estado do Ceará, utilizando um intervalo de tempo

significativo e abordando a questão de gênero. Pesquisa de Moreira et al. (2015) no estado, por exemplo, avalia apenas o ano de 2010, envolvendo a população em geral, e de Viana Neto et al. (2009) aborda a intoxicação em crianças e adolescentes no ano de 2006.

A maior frequência feminina encontrada nos casos de tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa no presente estudo é corroborada por pesquisas nacionais realizadas nos estados do Paraná (79,1%, sexo feminino) (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010); São Paulo (68,1%) (STEFANELLO et al., 2008) e Pernambuco (70,9%) (PIRES et al., 2015). Na maioria dos países ocidentais as mulheres são prevalentes nesses registros, ao contrário dos homens que predominam na efetivação desse intento. Influências culturais desempenham importante papel sobre a diferença no comportamento suicida para ambos os sexos, afetando a escolha dos métodos e os cenários envolvidos (CANETTO, 2008).

A experiência do sofrimento psíquico é socialmente construída a partir de valores e ideais estereotipados de gênero, existindo distintas formas de subjetivação para homens e mulheres, materializadas na expressão do adoecimento psíquico. Na cultura ocidental, o ideal de existência feminino perpassa pelo cuidado ao outro, dentro da esfera da família, desempenhando papéis de esposa, dona de casa e, principalmente, mãe. À mulher cabe a docilidade, devoção, recato e amorosidade, além do ser amante. Essa exigência social torna a mulher subsumida ao desejo do outro, relegada ao silêncio e impotência (ZANELLO; FIÚZA; COSTA, 2015). Com relação aos homens, segue-se uma outra lógica, a fállica. A virilidade é afirmada pelo exercício ativo da sexualidade e pela produção laboral (ZANELLO; GOMES, 2010).

As mulheres apresentam maior risco que os homens de desenvolver transtornos mentais. O sofrimento psíquico feminino é influenciado pelos múltiplos papéis desempenhados na sociedade, associado, muitas vezes, a situações de violência e discriminação (OMS, 2001), além de silenciamento e resignação ao longo da vida (ZANELLO; FIÚZA; COSTA, 2015). O adoecimento psíquico masculino, por sua vez, é apontado como fracasso social, quando da perda do lugar de provedor e, muitas vezes, da impotência sexual decorrente da medicação, afetando, destarte, eixos importantes de sustentação masculina (SANTOS, 2009).

Na amostra pesquisada, a faixa etária adulta (25-59 anos) se sobressaiu para ambos os sexos, com média de idade de 29 anos, contrariando a literatura que indica o predomínio de um perfil etário mais jovem (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). De alguma forma, a média do achado está inserida na faixa de idade considerada fator de risco para tentativa de suicídio por envenenamento, que é entre 15 e 40 anos (PIRES et al., 2014).

Com relação à ocupação, houve maior número de casos entre “estudantes”, levantando hipóteses de registros e/ou informações de baixa qualidade no momento do atendimento, ou ainda extensão da vida acadêmica nos casos estudados, haja visto que a idade estudantil, de forma geral, não corresponde com a de maior frequência identificada nesse trabalho. A literatura aponta, a despeito dessas informações, que as frequências das categorias “dona de casa” para o sexo feminino e “desempregado” para o sexo masculino são significativas (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010), correspondendo aos achados do presente estudo e condizentes com a discussão anteriormente iniciada sobre as questões de gênero na cultura ocidental.

Sobre o levantamento das características da intoxicação, os resultados mostram elevada frequência das intoxicações do tipo “aguda única”, envenenamento moderado, baixo tempo de permanência na unidade hospitalar e elevados índices de “alta hospitalar”. Esses dados refletem a baixa letalidade das tentativas de suicídio utilizando medicamentos. A disponibilidade de um método para cometer/tentar suicídio, associada à aceitabilidade social/cultural para seu uso, é determinante para a efetivação do ato (SANTOS; LEGAY; LOVISI, 2013; AJ-DACIC-GROSS et al., 2008). Sugere-se que os adultos tenham mais acesso aos medicamentos, favorecendo sua utilização (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015) e corroborando com os achados do presente estudo.

Pesquisas demonstram a existência de uma prática de estoque domiciliar de medicamentos entre a população brasileira, resultante de automedicação, prescrição em quantidades superiores às necessárias e/ou da não adesão ao tratamento. As classes farmacológicas mais encontradas são as de ação no Sistema Nervoso Central, predominando os analgésicos, sedativos e estimulantes (RIBEIRO; HEINECK, 2010; FERNANDES, 2000). Reduzir o acesso aos agentes causadores de intoxicação torna-se uma importante estratégia de prevenção (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015). Os homens tendem a usar meios mais violentos do que as mulheres e/ou ter maior intenção suicida (TSIRIGOTIS; GRUSZCZYNSKI; TSIRIGOTIS, 2011), respaldando a diferença dos dados encontrados no presente estudo a respeito do grau de envenenamento das intoxicações, quando houve maior frequência de envenenamento leve entre as mulheres e grave entre os homens. Por se tratar de um método de baixa letalidade e de maior predomínio entre as mulheres, algumas tentativas de suicídio são vistas como manifestações históricas desencadeando atitudes hostis e de-

sumanizadas por parte das equipes de saúde, principalmente quando o risco de vida é pequeno. Acrescenta-se ainda a baixa capacitação das equipes de saúde e a deficiência estrutural dos serviços (VIDAL; GONTIJO, 2013).

O acesso e a busca pelos serviços de saúde perpassam por uma questão de gênero, apesar do acesso ser universal, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2016). O gênero feminino procura mais os serviços de saúde devido à postura cuidadora de si e dos demais membros que a circunda (SANTOS; NARDI, 2014.). O gênero masculino apresenta resistência nessa busca, por causa de alguns fatores, como: no imaginário masculino, o cuidado está associado à mulher; a lógica do cuidado materno – infantil e a invisibilidade do homem na atenção básica; o receio da descoberta de doenças graves e incapacitantes (COUTO et al., 2010; SCHRAIBER et al., 2010; GOMES et al., 2011; TRILICO et al., 2015). Esses aspectos podem reforçar a entrada do homem no serviço de saúde pela atenção especializada, ou seja, ele somente busca atendimento quando a enfermidade está instalada (VIERA; GOMES; BORBA, 2013; SCHWAR, 2012).

Estudo de revisão sobre atitudes de profissionais frente a indivíduos com histórico de lesões auto-provocadas encontrou mais atitudes positivas em profissionais da área de saúde mental que os demais; maior compreensão em relação a indivíduos com tentativas de suicídio mais graves e àqueles com transtornos mentais evidentes (SAUNDERS et al., 2012). O comportamento suicida, de forma geral, é predisponente à estigmatização, o que pode dificultar o cuidado a quem comete o ato, afetando o entorno de sua rede social e prejudicando a busca por ajuda, por se sentirem discriminados e marginalizados (SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015).

A utilização predominante de ansiolíticos e antidepressivos no presente estudo, para ambos os sexos, corresponde aos achados de Bernardes, Turini e Matsuo (2010) no Paraná e de Bertasso-Borges et al. (2010) em São Paulo. Porém, estudo enfocando mulheres em idade reprodutiva apresentou dados diferentes, destacando-se o uso de antiepilépticos e antidepressivos (TAKAHAMA; TURINI; GIROTTO, 2014). Nos Estados Unidos, por sua vez, foram predominantes o uso de analgésicos e antidepressivos (LIANG; FRIEDMAN, 2011). Nota-se, portanto, a variação entre as pesquisas, mas a recorrência dos antidepressivos nos achados.

A depressão maior, associada a traços psicopatológicos de agressão e impulsividade, destaca-se como um dos principais diagnósticos psiquiátricos vinculados ao suicídio (CHACHAMOVICH et al., 2009), apesar de ser considerado um assunto polêmico e ainda gerar resultados discrepantes (MELLO, 2000). Os transtornos de ansiedade generalizada (TAG), por sua vez, também apresentam elevada correlação com depressão maior e associação significativa com risco de suicídio. Há predomínio do sexo feminino e da faixa etária entre 20 e 47 anos para esse acometimento (VASCONCELOS; LÔBO; MELO NETO, 2015; WEISBERG, 2009).

Na presente pesquisa, verificou-se relação entre sexo masculino e uso de “antipsicóticos e neurolépticos” e “antiepilépticos”, e entre sexo feminino e uso de “analgésicos e anti-piréticos”. Estudos relatam a influência significativa do álcool durante as tentativas de suicídio entre os homens (PIRES et al., 2012; BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010), não existindo correspondência nos achados vigentes. O sexo masculino é predominante nos estudos envolvendo transtornos psiquiátricos graves, como a esquizofrenia. Homens apresentam maior

risco para esse acometimento, com idade inicial mais precoce, maior gravidade dos sintomas e maior comprometimento na qualidade de vida, principalmente no domínio ocupacional, do que as mulheres (GODAR; BORTOLATO, 2014; CEZARETTO et al., 2014; CARDOSO et al., 2006).

Estudos demonstram que indivíduos mais jovens utilizam com maior frequência nas tentativas de suicídio, analgésicos e outros medicamentos, sem restrição de venda, enquanto os mais velhos ingerem substâncias mais letais, como psicofármacos (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010; KWEON et al., 2012). Parece haver, contudo, poucos resultados comparando sexo e classes específicas de agentes tóxicos, o que o presente estudo contribui para auxiliar futuras pesquisas sobre o assunto. Embora não tenha sido possível avaliar a existência de transtornos mentais nos indivíduos na presente pesquisa, verifica-se a correspondência entre os achados (classes farmacológicas, sexo e faixa etária) e as características e fatores de risco dos transtornos psiquiátricos destacados na literatura.

O ato suicida é um fenômeno paradoxal, ora podendo ser atribuído à uma concretização de uma ideia patológica, ora como escolha deliberada sem associação com transtornos mentais. Portanto, a análise dos significados desses atos para cada pessoa, torna-se indispensável para o seu cuidado e tratamento (MELLO, 2000). E isso perpassa pelo acolhimento de serviços e profissionais de saúde, sejam eles gerais ou especializados, ainda tão incipientes nessa função (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Os significados para cada comportamento suicida, por vezes, não podem ser quantificados. Somados a isso, a subnotificação dos dados e a impossibilidade de fazer inferências revelam a limitação desse estudo. Abordagens individuais e qualitativas são necessárias para adentrar no mundo de quem

comete esse intento tão complexo, favorecendo a construção de estratégias mais eficientes de prevenção e tratamento para subgrupos populacionais ou indivíduos, em particular. Como corolário, contribui-se para a humanização dos atendimentos e diminuição do estigma; faces contemporâneas da violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres são mais frequentes nas tentativas de suicídio, mas poucas diferenças significativas existem entre os sexos nesses intentos. O predomínio no uso de ansiolíticos e antidepressivos condizem com dados mundiais, quando a depressão é um dos principais diagnósticos psiquiátricos associados ao suicídio. Se as mulheres são prevalentes nesses intentos enquanto os homens o são na sua efetivação, trata-se de uma equação em que o resultado é equivalente; ambos manifestam um sofrimento, que é singular para cada gênero, para cada um, e, por isso, precisam ser cuidados e respeitados em sua especificidade.

REFERÊNCIAS

- AJDACIC-GROSS, V. et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. **Bull World Health Organ.**, Geneva, v. 86, n. 9, p. 726-732, sep. 2008.
- BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, jul. 2010.
- BERTASSO-BORGES, M. S et al. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos registrados no CEATOX de São José do Rio Preto, no ano de 2008. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 17, n. 1, p. 35-41, jan./mar. 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizadapl.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CANETTO, S. S. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. **Am. J. Orthopsychiatry**, v. 78, n. 2, p. 259-266, abr. 2008.

CANETTO, S. S.; SAKINOFKY, I. The gender paradox in suicide. **Suicide Life Threat Behav.**, v. 28, n. 1, p. 1-23, 1998.

CARDOSO, C. S. et al. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1303-1314, jan./jun. 2006.

CAVANAGH, J. T. et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. **Psychol Med**, v. 33, n. 3, p. 395-405, apr. 2003.

CEZARETTO, M. et al. Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com esquizofrenia refratária tratados em um centro terciário. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 185-190, jul./set. 2014.

CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, supl. 1, p. 18-25, 2009.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, v. 14, n. 33, p. 195- 202, 2010.

FERNANDES, L. C. Caracterização e análise da Farmácia caseira ou Estoque Domiciliar de Medicamentos. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2000.

GODAR, S. C.; BORTOLATO, M. Gene-sex interactions in schizophrenia: focus on dopamine neurotransmission. **Front Behav Neurosci**, v. 8, n. 71, mar. 2014.

HARADA, K. et al. A comparison of the characteristics of suicide attempters with and without psychiatric consultation before their suicidal behaviors: a cross-sectional study.

BMC Psychiatry, v. 14, n. 146, 2014.

KAVALCI, G. et al. Epidemiological and cost analysis of self-poisoning cases in Ankara, Turkey. **Iran Red Crescent Med J.**, v. 16, n. 11, 2014.

KWEON, Y. S. et al. Characteristics of drug overdose in young suicide attempters. **Clin Psychopharmacol Neurosci**, n. 10, v. 3, p. 180-184, 2012.

LIANG, S.; FRIEDMAN, L. S. Analysis of suspected suicides using poison center data. **Arch Suicide Res.**, v. 15, n. 3, p. 185-194, 2011.

MELLO, M. F. O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163170, jan./mar. 2000.

MOREIRA, D. L. et al. Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um centro de assistência toxicológica. **Cienc. y Enfermería**, v. 21, n. 2, p. 63-75, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília, 2002.

PIRES, M. C. C. et al. Stressors in attempted suicide by poisoning: a sex comparison. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 25-30, 2012.

PIRES, M. C. C. et al. Risk factors of suicide attempts by poisoning: review. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 63-74, jun. 2014.

PIRES, M. C. C. et al. Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 3, p. 193- 199, set. 2015.

RIBEIRO, M. A.; HEINECK, I. Estoque domiciliar de medicamentos na comunidade ibiaense acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 653-663, set. 2010.

ROMEU, G. et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Cienc. saúde colet.**, v. 16, n. 11, p. 4513-4521, 2011.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, ago. 2009.

SANTOS, H. B.; NARDI, H. C. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso? **Physis**, v. 24, n. 3, p. 931-949, 2014.

SANTOS, S. A.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. M. Substâncias tóxicas e tentativas e suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 53-61, 2013.

SAUNDERS, K. E. et al. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. **J. Affect Disord.**, v. 139, n. 3, p. 205-216, ago. 2012.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde colet.**, v. 17, n. 10, p. 2579-2588, 2012.

SILVA, T. P. S.; SOUGEY, E. B.; SILVA, J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. **Rev. Bioét.**, v. 23, n. 2, p. 419-426, 2015.

STEFANELLO, S. et al. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 139-143, jun. 2008.

TAKAHAMA, C. H.; TURINI, C. A.; GIROTTO, E. Perfil das exposições a medicamentos por mulheres em idade reprodutiva atendidas por um Centro de Informações Toxicológicas. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1191-1199, abr. 2014.

TRÍLICO, M. L. C. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 381-395, maio/ago. 2015.

TSIRIGOTIS, K.; GRUSZCZYNSKI, W.; TSIRIGOTIS, M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. **Med Sci Monit.**, v. 17, n. 8, p. 65-70, ago. 2011.

VASCONCELOS, J. R. O.; LÔBO, A. P. S.; MELO NETO, V. L. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 4, p. 259-265, out./dez. 2015.

VIANA NETO, A. M. et al. Aspectos epidemiológicos da intoxicação por medicamentos em crianças e adolescentes atendidos no Centro de Assistência Toxicológica do estado do Ceará. **Rev. Baiana**, v. 33, n. 3, p. 388-401, jul./set. 2009.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr./jun. 2013.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, jan. 2013.

VIEIRA, L. P.; SANTANA, V. T. P; SUCHARA, E. A. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 118-123, 2015.

VIEIRA, K. L. D. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013.

WEBB, R. T. et al. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. **Arch Gen Psychiatry**, v. 69, n. 3, p. 256-264, mar. 2012.

WEISBERG, R. B. Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation, and course. **J. Clin. Psychiatry**, v. 70, sup. 2, p. 4-9, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: 2014.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238-246, set./dez. 2015.

ZANELLO, V.; GOMES, T. Xingamentos masculinos: a falência da virilidade e da produtividade. **Cad. Espaço Feminino**, v. 23, n. ½, p. 265-280, 2010.

AUTORES

Adriana Rolim Campos Barros - Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará (1999). Mestre (2002) e Doutora (2005) em Farmacologia, pelo Departamento de Fisiologia e Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Atualmente é Professora Titular da Universidade de Fortaleza.

Aldecira Uchoa Monteiro Rangel. Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva – UNIFOR. Especialista em Saúde Pública e Residência em Saúde da Família. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Especialista em Gestão da Promoção e Assistência à Saúde na Perspectiva do Cooperativismo pela Fundação UNIMED. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Sobral.

Aline Veras Moraes Brillhante - Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE, UFC e UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

Almudena García Manso - Socióloga. Doutora em Sociologia pela Universidad Pontificia de Salamanca. Docente da Universidad Rey Juan Carlos.

Amélia Romana Almeida Torres - Enfermeira, Mestre em Saúde da Família. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades INTA.

Ana Carina Stelko Pereira - Psicóloga. Especialista em Terapia Analítico-Comportamental (Paradigma). Mestre em Educação Especial (UFSCar). Doutora em Psicologia (UFSCar) e Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

Ana Juarina Magalhães Veríssimo Pouchaim - Acadêmica de Medicina da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Ana Paula Antero Lôbo - Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (2016); Residente em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS/ESP-CE) (2017-Atual); Especialização em Psicopedagogia pelo Centro Universitário Christus (2011), com ênfase em Políticas Públicas de Saúde, e Graduação em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (2006). Experiência nas áreas de Saúde Mental, Saúde Coletiva, Psicologia da Saúde e Psicologia Clínica (abordagem psicanalítica).

Ana Paula Vasconcellos Abdon - Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (2016) e do curso de graduação em Fisioterapia. Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Fortaleza (1997), Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará (2001) e Doutora em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO) (2013).

Anna Karynne Melo - Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR – Coordenadora do Laboratório de Psicopatologia e Clínica Humanista Fenome-

nológica - APHETO. Pesquisadora convidada do Laboratório de avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde da Universidade Federal do Ceará- UFC.

Ana Maria Fontenelle Catrib - Pedagoga. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Doutorado em Educação pela Universidade Federal da Bahia – UFBA. Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Especialização em Administração Universitária pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Especialização em Metodologia do Ensino Superior pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Graduação em Pedagogia pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Professora titular do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

André Barata - Filósofo com doutoramento em filosofia contemporânea pela Universidade de Lisboa. Professor da Universidade da Beira Interior. Diretor do Mestrado em Ciência Política. Pesquisador Integrado do Instituto de Filosofia Prática, em Portugal, e do Laboratório de Filosofia Contemporânea da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Vice-presidente da Associação Portuguesa de Filosofia Fenomenológica. Membro do Conselho Editorial da edição portuguesa do periódico *Le Monde Diplomatique*.

Andréa Maria de Senna Marques - Doutoranda em Psicologia pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina, Buenos Aires. Mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Psicanalista pela Escola Paulista de Psicanálise. Docente de Cursos de Graduação e Pós-Graduação do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Angel Alice Jácome de Souza. Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Estagiária do Projeto de Extensão Jovem Voluntário da Universidade de Fortaleza. Membro efetivo do Grupo de Pesquisa (CNPq) Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança.

Antonio Dean Barbosa Marques - Enfermeiro. Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA e Docência na Educação Profissional nos Níveis Básico e Técnico pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – IFCE. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES.

Camila Santos do Couto - Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Caroline Soares Nobre - Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Ceci Vilar Noronha. Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde Comunitária – UFBA e Doutor em Saúde Pública Universidade Federal da Bahia. Professora Associada I do Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia com participação na Pós-Gra-

duação em Saúde Coletiva – UFBA. Líder do grupo de pesquisa Violência Urbana e Saúde. Credenciada no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – UFBA como integrante da linha de investigação: Violência, Segurança Pública e Direitos Humanos.

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard – Farmacêutica bioquímica. Doutora em Ciências Farmacêuticas, com enfoque em sistema nervoso central, dor, analgesia. Pós-Doutora em Saúde Coletiva, com ênfase em gestação de risco. Docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará e do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – MEPGES/UECE.

Clayre Anne de Araújo Aguiar - Graduada em enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (2001). Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR (20015).

Cleciana Alves Cruz – Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Especialista em Saúde Coletiva pela Faculdade Santa Maria – FSM. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado – FVS.

Danilo Borges Paulino – Médico. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Docente do Curso de Graduação em Medicina da UFU.

Christina Cesar Praça Brasil – Fonoaudióloga. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Fátima Luna Pinheira Landim – Enfermeira. Estágio pós-doutoral em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Mestra em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Flávia do Bonsucesso Teixeira – Antropóloga. Doutora em Antropologia pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

Francisca Alanny Rocha Aguiar – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Docente do curso de Enfermagem das Faculdades INTA.

Francisca Bertilia Chaves Costa – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza.

Georges Daniel Janja Bloc Boris – Psicólogo. Doutor em Sociologia. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza – Coordenador do Laboratório de Psicopatologia e Clínica Humanista Fenomenológica - APHETO.

Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho – Fisioterapeuta. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – PPGSC/UNIFOR. Fortaleza-Ceará-Brasil. Membro do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial (NUESPHA).

Gustavo Antonio Raimondi – Médico. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia - UFU. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Docente do Curso de Graduação em Medicina da UFU.

Hermínia Maria Sousa da Ponte – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades INTA.

Igho Leonardo do Nascimento Carvalho - Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Brasil(2018). Coordenador de Laboratório de Simulação Avançada da Universidade Federal do Piauí , Brasil.

Isabel Cristina Monteiro dos Santos – Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Pós-graduanda em Psicoterapia Psicanalítica pela Escola de Psicoterapia Psicanalítica de Fortaleza.

Jacqueline Rios Fonteles Albuquerque – Mestre em ciência da educação pela Universidade SEK do Chile, Mestranda em administração e especialista em organizações, sistemas e métodos pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Especialista em Recursos Humanos pela Universidade Federal do Ceará –

UFC. Especialista em Gestão de Instituições de Ensino Superior pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Coordenadora dos cursos de MBA em Gestão Empresarial e Planejamento e Gestão de Eventos e professora dos cursos de graduação e pós-graduação do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Jarbas Ribeiro de Oliveira – Enfermeiro pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia – ESENFAR/UFAL. Doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/ FIOCRUZ.

José Machado Linhares – Enfermeiro. Mestrado em Atividade Física e Saúde pela Universidade Católica de Brasília. Coordenador do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral – HSCMS.

José Manuel Peixoto Caldas – Médico. Doutorado em Sociologia pela Universidade de Barcelona. Professor da Universidade do Porto.

José Ruben de Alcântara Bonfim – Médico sanitarista. Doutor em Ciências com concentração em Saúde Pública, do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenador da Sociedade Brasileira da Vigilância ao Uso Racional de Medicamentos - Sobravime.

Josué Barros Júnior – Enfermeiro. Mestre em Ensino em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência pela FSM. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado.

Juliana Guimarães e Silva – Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública -ENSP/FIO-CRUZ. Pós-doutora em Saúde Coletiva - UNIFOR. Pós-doutoranda e Pesquisadora do Departamento Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho - UMINHO, Braga, Portugal. Pesquisadora do Observatório Iberoamericano de Saúde e Cidadania no âmbito da Rede FLACSO – Espanha.

July Grassiely de Oliveira Branco – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Pós-graduada em Saúde da Família. Pós-graduada em Centro Cirúrgico e Recuperação Pós-anestésica, com MBA em gestão Estratégica em Serviços de Saúde.

Karla Julianne Negreiros de Matos – Psicóloga (UECE). Doutoranda em Saúde Coletiva. Mestre pelo Programa em Saúde Coletiva (UECE). Pós-graduada em Psicologia Clínica pela Faculdade 7 de Setembro.

Karla Maria Carneiro Rolim – Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade de Rouen/França – CHU-ROUEN. Docente da Graduação em Enfermagem. Docente Adjunta do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Coordenadora do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem – UNIFOR.

Kathiane Lustosa Augusto – Médica. Mestra em Ciências Médico-Cirúrgicas pela Universidade Federal do Ceará. Pós-Graduação em Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva pelo Hospital Sírio Libanês. Preceptora da Residência Mé-

dica de Ginecologia e Obstetrícia da Escola de Saúde Pública/CE. Coordenadora e Ginecologista do Setor de Endometriose e Cirurgia Laparoscópica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC. Membro do Grupo Cearense Interdisciplinar de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico, da Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide, da Society of Endometriosis and Uterine Disorders, da Sociedade Brasileira de Endometriose, da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Videocirurgia.

Kerma Márcia de Freitas – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado - FVS.

Lídia Andrade Lourinho - Fonoaudióloga. Pós doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Mestra em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Professora do Centro Universitário Farias Brito.

Lívia Rocha Mesquita Nóbrega - Acadêmica de Medicina da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

Luiz Carlos Gabriele Sucupira - Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

Luiza Camila Holanda de Matos - Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará- UFC. Pós-doutora em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação do Instituto em Saúde Coletiva - ISC/UFBA. Mestra em Enfermagem Comunitária pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora titular do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

Maria do Socorro Ferreira Osterne - Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Professora do Curso de Graduação em Serviço Social, do Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade e no Mestrado em Serviço Social, Trabalho e Questão Social. Mestra em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco e Livre-Docente pela Universidade Estadual do Ceará. Pesquisadora do CNPQ e Vice-Líder do Observatório da Violência contra a Mulher/OBSERVEM da UECE.

Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira - Enfermeira. Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Ceará. Doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Ceará. Atualmente é enfermeira da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e Universidade Federal do Ceará. Membro do Grupo de Violência do Departamento de Saúde Comunitária e Programa de Apoio à Vida (PRAVIDA/UFC).

Maria Salete Bessa Jorge - Enfermeira. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora titular da Universidade Estadual do Ceará. Pesquisadora Bolsista Produtividade CNPq 1B. Coordenadora e Docente do Programa de Pós-Gra-

duação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora do Doutorado em Associação Ampla – UECE, UFC, UNIFOR. Coordenadora e Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq.

Maria Oneide Feitosa – Enfermeira. Graduada pela Faculdade Vale do Salgado – FVS.

Marina Pessoa de Farias Rodrigues – Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ACB. Especialista em Assistência e Gestão em Saúde da Família – FJN. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado – FVS.

Maurice de Torrenté – Antropólogo. Mestre em Antropologia pela Université de Montréal. Cofundador e pesquisador do Núcleo de Estudo Interdisciplinares em Saúde Mental da Universidade Federal da Bahia (Nisam/UFBA).

Maxmíria Holanda Batista – Psicóloga. Doutoranda em Saúde Pública pela Associação Ampla UECE, UFC e UNIFOR. Mestra em Saúde Coletiva. Professora da Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Mirna Albuquerque Frota – Enfermeira. Pós-doutorado em CHU/ Rouen – França. Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva - ISC da Universidade Federal da Bahia – UFBA. Professora Titular

da Pós-Graduação em Saúde Coletiva e da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Criança - NUPESC. Editora Chefe da ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional.

Mônica de Oliveira Nunes – Médica. Pós-Doutorado em Antropologia na Universidade Paris V – Descartes. Doutorado em Antropologia pela Universidade de Montreal. Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia – UFBA. Especialização em Psiquiatria pela Universidade Federal da Bahia – UFBA. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva ISC/UFBA.

Nelson Filice de Barros – Cientista Social. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Unicamp.

Patrícia Moreira Costa Collares – Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela Ampla Associação UECE, UFC e UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Especialista em Fisioterapia Respiratória e Cardiovascular. Especialista em Gestão e Docência do Ensino Superior. Professora Assistente da Universidade Federal do Ceará – UFC.

Paula Caroline Rodrigues de Castro – Enfermeira pela Universidade de Fortaleza. Membro do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Saúde da Mulher e do Adolescente – NUPEM–UNIFOR.

Paula Dayanna Sousa dos Santos – Enfermeira. Mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Membro do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial (NUESPFA).

Priscila Linhares Oliveira – Enfermeira. Pós-graduanda em Saúde da Família pelo Instituto Educando Gêneses. Enfermeira da ESF do Município de Ibiapina.

Poliana Hilário Magalhães – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Especialista em Saúde Coletiva pela UNIFOR.

Raimundo Tavares de Luna Neto – Enfermeiro. Mestrando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ACB. Especialista em Serviço de Enfermagem em Saúde da Família. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado e da Universidade Regional do Cariri – URCA.

Regina Figueiredo – Socióloga. Doutora em Ciências, com concentração em Saúde Pública. Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadora da Rede Brasileira de Contracepção de Emergência.

Renata Carneiro Ferreira – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professora titular do Programa de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Enfermeira de Sistema de Tempo Inte-

gral em escolas de ensino infantil e fundamental em Fortaleza. Membro efetivo e pesquisadora do Grupo de Pesquisa (CNPq) Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança.

Rochelle da Costa Cavalcante – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Rogean Maria Rodrigues Nunes – Enfermeira graduada pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

Rosendo Freitas Amorim – Sociólogo. Doutor em Sociologia. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Silvia Helena Bastos de Paula – Enfermeira Sanitarista. Doutora em Ciências com concentração em Infectologia e Saúde Pública. Pesquisadora Científica do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Atua nas linhas de pesquisa Atenção à Saúde e Linha do Cuidado e na linha de Saúde Sexual e Reprodutiva. Membro do grupo de pesquisa da EACH-USP: “Mulher e Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal. Coordenadora técnica da Rede Brasileira de Contracepção de Emergência e Membro do Consórcio Latino-Americano de Contracepção de Emergência – CLAE.

Sirléia Lucy Aragão da Silva – Enfermeira e Educadora Física graduada pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Membro do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial (NUESPFA).

Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva - Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Brasil(2018). Terapeuta Ocupacional - NASF da Prefeitura Municipal de Itapipoca , Brasil.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos – Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora Titular do Curso de Enfermagem, Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Plantonista no Instituto Dr José Frota (IJF). Lider do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial (NUESPHA).

EdUECE