

SAÚDE MENTAL:

COMPORTAMENTOS E EMOÇÕES



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico Celestino Barbosa

Saúde mental: emoções e comportamentos

1ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

1ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238S Saúde mental: emoções e comportamentos

/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2022

93 f.: il

DOI: 10.37423/2022.edcl515

ISBN: 978-65-5367-144-7

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. transtorno 2. depressão 3. ansiedade 4. bem-estar I. Barbosa, Frederico Celestino II. Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2022.edcl515>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

Dr. João Luís Ribeiro Ulhôa

Dra. Eyde Cristianne Saraiva-Bonatto

MSc. Frederico Celestino Barbosa

MSc. Carlos Eduardo de Oliveira Gontijo

MSc. Plínio Ferreira Pires

Editora Conhecimento Livre

Piracanjuba-GO

2022

CAPÍTULO 1	5
SENTIDOS DA MATERNAGEM PARA MAES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	
Amelia da Ponte	
Lucivaldo Araujo	
DOI 10.37423/220605970	
CAPÍTULO 2	28
TDAH E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL OU COMORBIDADE?	
Anne Estéfane de Oliveira Franchini	
Ezio Falcucci Lemos Filho	
DOI 10.37423/220606002	
CAPÍTULO 3	40
INFLUENCIA DOS JOGOS DE VIDEO GAME EM PACIENTES COM TDAH	
João Pedro Santa Rosa Santos	
Lucas Dos Anjos Ribeiro	
DOI 10.37423/220606024	
CAPÍTULO 4	56
O USO DE ANTIPSICÓTICOS DE AÇÃO PROLONGADA E SUA IMPORTÂNCIA PARA ADESÃO MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA	
Gabriela Cordeiro Costa	
Isabela Galantini Silveira	
DOI 10.37423/220606028	
CAPÍTULO 5	64
UMA ANÁLISE SOBRE O PERFIL PSICOLÓGICO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL (SERIAL KILLER)	
Bianca de Nazaré Gonçalves Simões	
Luciane Guimarães Castelo Branco	
Valdemira De Jesus Ferreira Ferreira	
DOI 10.37423/220606030	
CAPÍTULO 6	81
ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI: UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA	
Beatriz Dantas Porto Joventino	
Darla Moreira Carneiro Leite	
DOI 10.37423/220606166	

Capítulo 1



10.37423/220605970

SENTIDOS DA MATERNAGEM PARA MAES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Amelia da Ponte

Universidade do Estado do Para

Lucivaldo Araujo

Universidade do Estado do Para



Resumo: Perante os desafios do cuidado de uma criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA), as mães se deparam com uma realidade diferente da idealizada, muitas vezes, reduzidas à condição materna, um dever vinculado a suposta “habilidade inata” para o exercício da maternagem. Diante disto, buscou-se identificar como se constitui a maternagem de mães de crianças com TEA e compreender os sentidos da maternagem para essas mães. A obtenção dos dados deu-se por meio de entrevistas semidirigidas, analisadas segundo a hermenêutica de Ricoeur. Os temas evidentes destacaram, foram a experiência do descobrir e do adaptar-se à rotina do cuidado de um filho neuroatípico, o modo peculiar como essas mães expressam suas vivências e as dificuldades encontradas para o exercício de múltiplos papéis. Os enlaces entre a conjugalidade e o preconceito figuram entre as principais demandas que demarcam existências limitadas pela maternagem de crianças com TEA.

Palavras-chave: Maternagem, Fenomenologia, Transtorno do Espectro Autista.

INTRODUÇÃO

O termo “autismo” foi utilizado pela primeira vez em 1911 por Leo Kanner, para designar uma condição neuroatípica que se caracteriza pela perda do contato com a realidade. Em 1943, o mesmo autor usou essa expressão para descrever o comportamento de 11 crianças que apresentavam dificuldade para estabelecer contato afetivo e interpessoal, que julgou ser derivado da esquizofrenia (Klin, 2006).

Klin (2006) aponta que, no estudo de Kanner, as mães das crianças investigadas eram definidas como frias, distantes e de elevada capacidade intelectual, sendo este um fator desencadeante para o que ele chamou de “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”.

Durante as décadas de 1950 e 60, vários teóricos se posicionaram a respeito do autismo, especialmente aqueles vinculados à psicanálise. A crença corrente comunicava que o autismo era causado por pais pouco responsivos emocionalmente a seus filhos, sobretudo, pelas mães, que naquela época foram denominadas de “mães geladeiras”, em alusão ao suposto comportamento frio das genitoras (Klin, 2006).

Até hoje, a hipótese lançada por Kanner não foi cientificamente comprovada e, apesar de outros estudos terem identificado que não há diferença significativa entre a afetividade de pais de crianças autistas e de crianças não autistas, sua tese ainda ecoa (Klin, 2006).

Pinho (2015, p.26) explica que com a publicação do DSM V (APA, 2014), elimina-se todos os subtipos similares de transtornos autísticos, passando-se a diagnosticar os indivíduos em um único espectro, com diferentes níveis de gravidade. Assim, os Transtornos Globais do Desenvolvimento, que no DSM IV incluíam o Autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett foram absorvidos por um único diagnóstico, denominado Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Em virtude de o DSM V ter simplificado o diagnóstico, houve críticas sobre as mudanças, pois diziam existir diferenças significativas entre os vários transtornos símiles. A APA, em oposição, afirmava não existir vantagens diagnósticas e terapêuticas nessa diferenciação, já que a dificuldade em subclassificar o transtorno poderia causar confusão e dificultar o diagnóstico (Araújo & Lotufo Neto, 2014).

O dissenso teórico e clínico, ao longo dos anos, refletiu na complexidade diagnóstica dos casos de autismo que, intuía-se, eram significativamente subnotificados (Monteiro et al., 2017). Nas últimas décadas, com o aumento do número de pesquisas sobre essa população e suas famílias, maior difusão

e acesso à informação, além do envolvimento de múltiplos profissionais no cuidado com as crianças que estejam dentro do espectro autista, o número de casos tem aumentado significativamente.

A prevalência de diagnósticos de TEA também pode estar relacionada com a maior sensibilidade dos instrumentos utilizados para diagnóstico. Da mesma forma, deve-se levar em conta o aumento de serviços de referência que trabalham com a população infantil neuroatípica, como os Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e os Centros Especializados em Reabilitação (CER) (Brasil, 2012).

Do ponto de vista nosológico, o TEA é classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento, cuja causa, de acordo com Mello (2007), é desconhecida. Pode ocorrer em qualquer classe social, etnia ou cultura, em que cerca de 65% a 90% dos casos estão associados à deficiência intelectual (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004).

O comportamento de crianças com o TEA se caracteriza principalmente pela dificuldade de estabelecer um sistema adequado de comunicação com o meio social, em decorrência do atraso na aquisição da linguagem, do uso estereotipado e repetitivo da fala, como também a falta de reciprocidade social e emocional que apresentam em suas relações (Baptista & Bosa, 2002; Nunes, Souza & Giunco, 2009).

Em síntese, pode-se dizer que o TEA é um transtorno neuroevolutivo que se apresenta como uma condição crônica e implica em dificuldades importantes no que tange à realização de tarefas comuns do dia a dia, gerando significativas demandas de cuidado e, conseqüentemente, impactos na rotina familiar (Christmann, 2017).

Os pais de crianças com TEA, sobretudo, as mães, que na maioria das vezes assumem a responsabilidade dos cuidados, necessitam desenvolver habilidades para lidar com a realidade diferente da idealizada. Sobre essa questão, Demyer e Goldberg (1983) publicaram um trabalho que abordou o estresse dos pais de crianças com autismo. Os resultados demonstraram maior presença de tensão física, culpa e incertezas nas mães dessas crianças quanto às habilidades maternas e psicológicas. Neste estudo, os pais também se mostraram afetados, porém de modo indireto, isto é, reagiram ao sofrimento de suas esposas.

Outro estudo sobre diferentes papéis desempenhados por pais e mães de crianças com autismo apontou que as mães tendem a apresentar maior risco de crise e estresse parental em relação aos pais, devido à demanda dos cuidados com a criança. Conforme os autores, existe uma expectativa

social de que as mães tomem para si esses cuidados, assumindo-os com mais intensidade do que os pais (Milgram & Atzil, 1988).

Mesmo com diversos trabalhos publicados acerca do TEA, não se observa investigações dedicadas ao desvelamento dos sentidos atribuídos por mães de crianças com TEA à vivência da maternagem. Logo, esse se configura como objeto de pesquisa, tendo como objetivo compreender os sentidos da maternagem para mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista.

Sobre esse campo temático é importante destacar que, enquanto a maternidade é tradicionalmente relacionada à gestação, permeada pela relação consanguínea entre mãe e filho, a maternagem é estabelecida no vínculo afetivo do cuidado e acolhimento ao filho. Esta prática está relacionada ao contexto cultural em que está inserida a família e a criança, bem como os valores sociais e significados que lhe são atribuídos. Portanto, é possível afirmar que a vivência da maternagem varia histórica e culturalmente ao longo dos séculos (Kitzinger, 1978).

Nos últimos séculos são notórias as diversas conquistas das mulheres relacionadas à sua forma de ser e estar no mundo, a despeito das circunstâncias sociais, econômicas e políticas. Com esse modo de ocupação da mulher, a liberdade de agir e de se expressar tornou-se patente, desobrigando-a dos comportamentos sociais “forçosos”. Entretanto, persistem as amarras de alguns padrões seculares nos quais a mulher ainda é, muitas vezes, retratada na condição de mãe, entre eles, o mito da maternagem, que há muito vincula a mulher a um possível instinto materno “natural” (Baluta & Moreira, 2019).

Nesta perspectiva, Stellin et al. (2011) salientam que uma mulher não se configura “primordialmente como mãe”. A função materna é um processo de construção a partir da relação mãe-filho, que se constitui através de questões subjetivas. Portanto, a maternagem não se restringe unicamente a atender as necessidades básicas da criança, mas a uma disponibilidade dessa mãe, que perpassa pela sua história de vida, pelo investimento de desejo e tudo que diz respeito aos recursos psíquicos empregados nessa relação.

Diante da relevância da temática, alguns pesquisadores têm se dedicado a conhecer a vivência de mães de crianças com TEA no exercício da maternagem em suas diferentes facetas. Por exemplo, Constantinidis, Silva e Ribeiro (2018) publicaram um artigo com o título “Todo mundo quer ter um filho perfeito: vivências de mães de crianças com autismo”, no qual destacam a importância do diagnóstico como norteador das ações dessas mães. Já Rendón (2016), na dissertação “Vivências de mães de crianças com transtorno de espectro autista: implicações para a enfermagem”, destaca o

desvelamento de sentimentos manifestados por mulheres mães de pessoas com TEA, como solidão, descaso, preconceito da família e sociedade em geral.

Em função do envolvimento direto nos cuidados com o filho, o cotidiano destas mulheres sofre alterações importantes, mesmo que toda família padeça com o comportamento neuroatípico da criança no seu dia a dia, a mãe costuma ser a principal responsável por manejar e enfrentar as reações consideradas inadequadas da criança com TEA, comumente rotuladas de “birra”, “tolice” (Minatel & Matsukura, 2014).

Essa realidade faz com que essas mães vivenciem o sentimento de luto ao perceberem a diferença entre o filho sonhado e o filho real. Ademais, a especificidade de demandas no cotidiano da lida com crianças com TEA – como a dificuldade na realização de tarefas próprias de sua fase de desenvolvimento, o nível de dependência e a imposição de maiores exigências relacionadas à administração da rotina pessoal e familiar – evidenciam ainda mais esse contraste (Sifuentes & Bosa, 2010). Levando em conta a noção de que este fenômeno envolve uma série de fatores interatuantes, intra e extrafamiliares, os quais afetam a família e, principalmente, as mães dessas crianças, este artigo aborda os resultados de uma pesquisa que dedicou a identificar como se constitui a maternagem de um grupo de mães de crianças com TEA e compreender os sentidos da maternagem para essas mães.

METODOLOGIA

O presente estudo se ampara no referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Existencial Heideggeriana, que busca a compreensão da experiência vivida para a interpretação e elaboração dos conhecimentos, enfatizando a dimensão existencial do viver e os significados atribuídos pelo indivíduo a partir de seus modos de estar no mundo (Heidegger, 2014).

Segundo Dartigues (1973), a fenomenologia pretende descrever os fenômenos, e não os explicar ou buscar relações causais. Trata-se de uma atitude que investiga as coisas mesmas tal qual elas se manifestam. Logo, voltar às coisas mesmas significa voltar ao mundo da experiência, considerando que antes da realidade objetiva, há um sujeito que tem vivência e, antes de tudo, há uma vida que o fundamentou. Nesse horizonte, propõe-se um estudo qualitativo de orientação fenomenológica e hermenêutica voltado para o significado que as pessoas atribuem às suas vivências.

Segundo Oliveira (2007), a pesquisa qualitativa apresenta como mérito compreender os fenômenos de forma profunda, abrindo-se para apreender o conhecimento subjacente que os circunda. Neste caso, a abordagem do objeto de estudo, pela via hermenêutica Ricoeuriana (Ricoeur, 1999), envolve

peessoas apoiado no que é o manifestado em seus discursos, com a intenção de acessar as significações atribuídas às vivências de determinados fenômenos.

No que se refere à inclinação hermenêutica aqui ancorada, Paul Ricoeur (2008) anuncia um método próprio que considera não haver desvelamento do fenômeno sem discurso, ou seja, sem a compreensão da linguagem. Neste caminho, o filósofo propõe analisar o sentido do discurso, interpretando o fenômeno através da efetuação do discurso como texto e como ato no propósito de obter a descrição do mundo da vida dos participantes da pesquisa com relação à interpretação do significado do fenômeno descrito.

A pesquisa foi com mães cujos filhos frequentam o Espaço Terapêutico Amira Figueiras - ARIMA, um centro de diagnóstico e tratamento para crianças com transtorno de desenvolvimento neuropsicomotor, dentre eles: o TEA. O espaço, que se situa no município de Ananindeua, região metropolitana de Belém, iniciou suas atividades em 2015 e atualmente atende aproximadamente a 150 clientes de vínculo privado ou filantrópico.

Participaram da pesquisa seis mães de crianças com TEA, contudo, é importante salientar que o número de participantes da pesquisa não foi determinado previamente ou estatisticamente, pois obedeceu ao critério de saturação das informações, como salienta Fontanela, Ricas e Turato (2008): “O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados”.

Noutras palavras, as informações fornecidas por novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da compreensão do fenômeno através dos dados que estão sendo coletados.

Considerou-se como critério de inclusão: ser mãe, maior de 18 anos, que aceite e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, que possua filho com diagnóstico de neuroatipicidade exclusivo em TEA sem a presença de comorbidades associadas. Adotou-se como critério de exclusão: ser mãe de crianças que apresentem comorbidades e possuir algum comprometimento cognitivo, ou de alguma outra ordem, que impeça a emissão de consentimento livre e esclarecido, assim como de compreender as intenções da pesquisa.

Seguindo as orientações governamentais e sanitárias acerca das medidas de prevenção diante da Pandemia de Covid-19, avaliou-se inapropriado o contato direto com as mães no espaço institucional. Assim, as mães foram contatadas por telefone, a partir do cadastro disponibilizado à pesquisadora pela instituição. Por esse canal, foram convidadas a participar da pesquisa, ocasião em que foram esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos previstos no estudo.

As mães, que aceitaram participar da pesquisa e atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, foram convidadas a fazer uma entrevista semidirigida de orientação fenomenológica. A entrevista teve como propósito aprofundar questões acerca dos aspectos particulares relacionados aos sentidos da maternagem para essas mulheres.

Turato (2008) apresenta a entrevista semidirigida como aquela que é parcialmente direcionada pelo pesquisador, na qual há a possibilidade de o participante apontar o caminho da entrevista em alguns momentos, sendo esta conduzida a partir de um roteiro de questões.

De acordo com as orientações de Paul Ricoeur, a entrevista visa compreender/interpretar o significado do fenômeno em estudo. Para isso, o investigador atua como intérprete e registra tanto o que é dito como o que não é dito, no intuito de obter as nuances dos atos do discurso, permanecendo atento as vocalizações, expressões faciais, posturas corporais, hesitações, choro, raiva etc. (Melo, 2016).

Para a análise das informações obtidas nas entrevistas, recorreu-se à análise temática, que consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Minayo, 2000, p. 93). Ao longo da análise temática dos discursos transformados em texto, considera-se o registro do “tom da voz, o gaguejar, o tartamudear, a vacilação, a insegurança, ou a segurança, a convicção, a presteza no responder, o tom jocoso, rancoroso, apaixonado, displicente ou reverente do falar” (Santos, 1995, p. 9).

Os temas elencados foram analisados de acordo com os Atos do Discurso conforme Paul Ricoeur (2008). Os atos do discurso ocorrem por meio de três níveis hierárquicos de atos de fala: o ato locucionário, o ilocucionário e o perlocucionário. O locucionário resume-se ao ato de dizer; o ilocucionário refere-se às manifestações não-verbais que se faz ao dizer, como as expressões gestuais e fisionômicas; e o perlocucionário é o que se faz pelo fato de falar, ou seja, o efeito provocado pelo que foi dito, caracterizando-se como um estímulo que gera uma resposta. Tais aspectos da linguagem estão atrelados e permitem a exteriorização e expressão de intenções através do discurso (Ricoeur, 2008).

Desse modo, a partir do discurso das mães entrevistadas, transformados em texto, foi realizado o procedimento de leitura e identificação dos sentidos possíveis das colaboradoras, utilizando como aporte teórico-filosófico a fenomenologia hermenêutica para compreender os sentidos, a partir da criação de unidades de significação que possibilitaram a compreensão do fenômeno em foco: os sentidos da maternagem para mães de crianças com TEA.

É importante dizer que a pesquisa foi submetida à apreciação ética por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP), e somente após sua aprovação sob parecer número 4.059.484, efetuou-se o contato com as colaboradoras e a obtenção das informações.

Todas as participantes da pesquisa registraram seu consentimento assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, previamente à coleta de dados e tiveram resguardados seus direitos à descrição, à preservação da identidade e à possibilidade de desistência de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. Vale ressaltar que os participantes terão acesso aos resultados deste estudo após sua finalização.

Com base no compromisso ético assumido em relação ao sigilo da identificação das participantes, utilizou-se nomes fictícios e foram feitas alterações em quaisquer dados que pudessem identificá-las. Nesse sentido, tem-se o uso de pseudônimos baseados em nomes de heroínas escolhidas pelas próprias participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo analítico envolveu a apresentação dos temas em evidência no conjunto dos discursos foram organizados em três unidades de significação: a) a experiência do descobrir e do adaptar-se; b) o ser mãe de uma criança com TEA: expressão da vivência; c) Ser mulher e mãe de uma criança com TEA: enlaces entre a conjugalidade e o preconceito.

A EXPERIÊNCIA DO DESCOBRIR E DO ADAPTAR-SE

Ter um filho com deficiência pode representar uma experiência de intensa frustração. Carswell (1993) relata que as mães dessas crianças vivem uma espécie de luto pelo filho “perfeito” que não nasceu. Assim, o diagnóstico de deficiência confunde sonhos e planos, fazendo emergir sentimentos de angústia, culpa, raiva, perplexidade e a procura por justificativas e culpados, o que pode iniciar um processo de desequilíbrio familiar, já que esses sentimentos são vividos de forma distinta por todos os membros desse sistema relacional.

Miller (1995) trata da questão de como famílias de crianças com deficiência conseguem criar seus filhos frente a tantas dificuldades inesperadas. Esta autora observa que, com o nascimento do filho, as famílias passam frequentemente pelo que ela denomina de “fase de adaptação” à nova realidade. As fases de adaptação seriam quatro: sobrevivência, busca, ajustamento e separação, que geralmente acontecem nessa ordem, podendo, no entanto, coexistirem em um mesmo momento ou terem sua ordem alterada.

Essa categorização pode ajudar a compreender a experiência da descoberta do diagnóstico de TEA por estas mulheres que, após a fase de impacto inicial, passam a buscar equilíbrio emocional que permita a criação do filho inesperado.

No relato da mãe Capitã Marvel, a fase de sobrevivência pode ser constatada nos excertos a seguir: *“Nesse dia eu chorei, **eu desabei, eu chorei muito**. Eu fiquei muito mal, eu olhava pro meu filho e só conseguia chorar. (...) acho que **eu não aceitava**, eu tava vivendo aquele luto assim, diário, e era muito ruim [pausa, choro]” (Capitã Marvel);*

Ao fazer uso do verbo “desabar” e “aceitar”, Capitã Marvel expressou com intensidade a aflição da descoberta do diagnóstico e o descontentamento vivido, ao se deparar com a nova realidade de ter um filho diferente do desejado. Sem entender e aceitar o fato, ela não conseguiu atribuir significado ao vivido naquela ocasião.

Já Elsa disse *“No início **eu senti culpa** porque depois lendo, sabendo mais sobre o autismo, fazendo uma retrospectiva, **eu me culpo** por eu não ter descoberto antes, por quê? (Elsa).* Ela trouxe a veemência da ilocução evidente no substantivo “culpa”, que em seguida surge como ação “eu me culpo”. Durante o ato de falar, ela demonstrou tristeza, abaixou o olhar e mexeu nas mãos, repreendendo-se por não ter descoberto a atipicidade do filho antes e se sentindo responsável por ele não ter evoluído como desejava. Entretanto, apesar da evidente angústia manifestada por essas mulheres naquele momento, é nítido o esforço para adaptação ao novo contexto de vida, independentemente das adversidades enfrentadas.

A fase de sobrevivência é vivida à medida que a família procura continuar caminhando, apesar do choque inicial de um filho inesperado. Procuram reagir, enfrentar o desespero de perceber que algo fora do controle está acontecendo e fazendo com que seu filho não tenha o desenvolvimento esperado. Sentimentos como medo, confusão, culpa, vergonha e raiva são comuns nessa fase e, dizer que se sobreviveu a esta facticidade é reconhecer a possibilidade de continuar vivendo a partir de um

novo propósito, confiantes de poder encontrar meios de superar o que ainda está por vir (Miller, 1995).

As mães Super Girl e Anna falaram sobre um movimento que evidencia a reação adotada diante da imprecisão diagnóstica. Assim, lançaram-se em busca de ajuda como reação à imprevisibilidade do transtorno do filho com deficiência.

*Foi assim um mês bem difícil. Eu fiquei assim, fiquei aquele período assim, mas depois eu disse: “Não. Vamos trocar o pânico, porque não dá pra ficar assim, fazer consultas” e **já entramos logo com terapia sem diagnóstico** fechado. (Super Girl).*

*[...] eu tava triste, mas era muito pequeno perto da minha força de vontade para lutar pelo tratamento dele. Falei: não! **Vou atrás de um tratamento**, vou atrás de alguma coisa. (Anna).*

Observa-se que o relato dessas mães se assemelha à fase da busca externa proposta pela Miller (1995). A fase da busca no processo de adaptação, segundo a autora, é dividida em dois momentos: busca externa e a busca interna. A busca externa tem início quando ainda se está à procura de um diagnóstico preciso e por serviços de saúde para o atendimento do filho com deficiência.

Essa fase de adaptação chamada de busca interna me parece ser a mais difícil. Caracteriza-se por questionamentos e conflitos que acontecem demarcados por perguntas do tipo “Por quê?”, “O que isto significa para a minha vida?”, implicando na busca pela compreensão das razões de se ter um filho nessa condição (Miller, 1995).

A busca da razão e da natureza do TEA tem como marcadores os sentimentos de incerteza/alívio da notícia. Incerteza diante da incongruência das expectativas que opõem o filho idealizado e o filho real, das dúvidas sobre como cuidá-lo e sobre o futuro, uma interrogação constante. A única certeza de que se têm está relacionada à mudança que acontecerá nas suas vidas. O alívio acontece junto com a tomada de consciência de que, ao ter um diagnóstico definido, poder-se-á desenvolver estratégias para contribuir com o desenvolvimento de seus filhos (Jerusalinsky, 1984).

O período seguinte é chamado de fase de ajustamento, o qual seria o momento de acomodação e equilíbrio que levaria à percepção de que mudanças levam tempo para acontecer. Há espaço para preocupações com outros filhos, com o parceiro, a carreira, amigos, lazer etc. Ressalta-se que a família está mais habituada à sua condição, tendo desenvolvido habilidades e obtido informações sobre a situação, além de segurança e autoconfiança (Miller, 1995).

Os relatos da Super Girl e Elsa descritos abaixo revelam esse momento de adaptação à nova realidade, chamado de fase de ajustamento. O futuro é visualizado de forma mais tranquila, com a certeza de que o filho está bem assistido e amparado.

*E aí no primeiro ano foi ruim. Realmente não fiz nada pra mim. Aí depois que comecei, ah, poxa, não é bem assim... Aí eu comecei ver de outra forma. Eu vi que eu já tô fazendo um bom trabalho aqui (...). Ele começou a dar respostas muito boas no tratamento. Aí **eu fui me aliviando, me aliviando**. (Super Girl).*

*Como eu trabalhava muito, meu estresse era muito grande. **Cuidar dele e trabalhar** (...). Então, agora **eu tenho cuidado das coisas** do apartamento novo, vou lá, vejo o que tá faltando, material que precisa comprar, falo com a arquiteta e aí eu separo um tempo pra eu ir pra ginástica que na brecha eu vou. Agora eu já me sinto mais calma de deixar ele. (Elsa).*

Elsa mencionou o verbo “cuidar” por duas vezes no seu discurso, referindo-se ao filho e a si mesma. Revela-nos um olhar de quem passa a perceber a si mesma e a necessidade que surge de se olhar a partir de papéis distintos do maternar. A Super Girl citou o verbo “aliviar” – “*eu fui me aliviando, me aliviando*” –, como se nos confidenciasse o abrandamento do peso que carregava diante daquela realidade.

Os achados mostram que, com o passar do tempo, ainda que as demandas sejam significativas, a sobrecarga vivenciada é minimizada, bem como o processo das fases de adaptação propicia a busca e renovação de estratégias de enfrentamento das dificuldades.

A última fase de adaptação, de acordo com Miller (1995), é a da separação. Corresponde ao processo de deixar a criança mais livre, sem cuidados excessivos, propiciando que ela aprenda com seus erros. Esse processo, em condições isentas de deficiência, aconteceria induzido pelo próprio filho, ávido por explorar o mundo a sua volta. Contudo, não foi possível identificar em nenhum relato das mães que correspondesse à fase de separação no processo de adaptação à nova realidade, conforme proposto por Miller (1985). Isto ocorre provavelmente em virtude da idade das crianças, que gira em torno de 3 e 5 anos, o que os torna mais dependentes de cuidados e dificulta o distanciamento da mãe.

A incredulidade da família quanto ao diagnóstico do filho é outra vertente da experiência da descoberta do diagnóstico de TEA. Esta realidade favorece que o luto pela criança idealizada seja vivido também por outros membros da família, que não aceitam o diagnóstico e se mostram resistentes ao tratamento, realidade que impacta na vivência do maternar dessas mães.

Os discursos de Anna e Mulher Elástica revelaram a dificuldade de conviver com familiares que não aceitam o diagnóstico dos seus filhos.

A minha família não aceita até hoje. Eles ficavam em cima de mim, dizendo que não. Que eu, como uma Fono, não podia dizer isso (...). E aí eu tenho que aceitar, né?! É minha família. [toma um gole de água e faz um breve silêncio] (Anna).

E nessa parte, foi horrível, porque os meus familiares foram em cima de mim mesmo. “Tu é louca, tu sempre botou na cabeça que teu filho tinha alguma coisa, tá vendo? (...) a minha mãe é médica e trabalha pra caramba, então quase não vê meu filho. Ela não acredita de jeito nenhum. Só posso contar com o meu marido, mas sei que no fundo ela sabe e não quer acreditar. É o luto dela, né?! Ela é vó também. (Mulher Elástica).

As consequências da descoberta do diagnóstico e a negação por parte de familiares parecem imprimir repercussões que atingem não apenas as mães das crianças, mas todo o sistema familiar envolvido, podendo impactar as relações, de tal modo, que esses sujeitos necessitam de apoio especializado (Sprovieri & Assumpção Jr., 2001).

De acordo com Fiamenghi Jr. e Messa (2007), esses sistemas familiares permeados de sentimentos ambíguos dependerão das estratégias individuais de enfrentamento para determinar o significado dessa experiência.

O SER MÃE DE UMA CRIANÇA COM TEA: EXPRESSÃO DA VIVÊNCIA

A busca pelos sentidos desvelados no conjunto dos discursos, das participantes da pesquisa, apresenta um contexto em que as mães-cuidadoras de filhos com TEA assumem um papel próximo ao de uma profissional do cuidado. Isto se deve, principalmente, pelo envolvimento, quase que em tempo integral, na atividade do cuidar.

Acerca disso, Super Girl expressiu que: “Vou te dizer que é **bem chato**, viu? [suspiro, um breve silêncio]. Porque, às **vezes, me irrita**. [voz embargada, tom de raiva.]. É muito rotina, é terapia todo dia, o Lucas faz terapia todo dia, de segunda a sábado. E **eu que faço tudo, eu que cuido**” (Super Girl). Este trecho evidencia que a rotina com o filho é chata e que às vezes a irrita, ela demonstra, em sua experiência, a sobrecarga e o cansaço da lida em uma rotina cheia de afazeres com o filho com TEA. O silêncio, a voz embargada e o tom enfático, manifestos nos atos ilocucionários, apresentam sua dificuldade em narrar sobre o vivido.

Pocahontas, apesar de referir cansaço pela dedicação aos cuidados com os filhos com TEA, parece significar esta vivência como algo recompensador, considerando os progressos adquiridos pelas crianças.

*Agora, é sim, uma rotina pesada, uma **rotina cansada**. Não foi fácil chegar com ele a onde ele está hoje. Esse ano, assim, ele teve um **desenvolvimento fantástico, fantástico** [ênfatisa e demonstra alegria]. No início do ano ele não falava uma palavra; a gente já tá no final do ano e ele já faz perguntas, mas assim, muito suado, **tive que me dedicar muito. Parei minha vida para cuidar deles dois**. (Pocahontas).*

Em vista disso, o ato de cuidar do filho neuroatípico também pode repercutir nas disputas pelo poder familiar, social, econômico e político na vida conjugal. Super Girl e Elsa indicam a multiplicidade de significados dessas demandas em decorrência da sobrecarga de tarefas na maternagem do filho neuroatípico. Elas destacaram o fato de esquecerem de si mesmas e abandonarem a vida profissional, os interesses pessoais, o lazer, o investimento nas relações afetivas e a dedicação aos outros papéis ocupacionais que antes exerciam.

***Eu larguei tudo** o que eu tinha que fazer, curso, tudo. Fiquei só pra ele mesmo. Esse ano foi difícil assim, porque eu queria estimular, estimular, estimular até ver se ele conseguia evoluir bastante e tal. (Super Girl).*

***Eu anulei a minha profissão**. Eu parei, nem procurei mais emprego, nem nada. Desde que eu comecei a perceber que o Luís tava estranho, diferente, com comportamentos diferentes. (Elsa).*

A reclusão materna é uma realidade observada no cotidiano das mães de crianças com TEA participantes desta pesquisa, tanto pelos obstáculos materiais, quanto pelos sociais para a organização de uma vida exterior ao mundo da maternagem atípica.

***Não consigo ter um tempo exclusivo**, tipo assim: “Ah, vou tirar um dia”, até **porque não tenho tempo mais, né?** Eu lembro que antes do diagnóstico do Caio eu já tava me preparando pra fazer academia à tarde (...), com vários planos, mas com o diagnóstico dele, aí parou... **parou tudo. Não faço nada**, há tempos que eu não vou no salão e quando **eu vou fico super angustiada**. (Capitã Marvel).*

No relato acima, nota-se que estas mulheres se percebem impedidas de cuidar de suas próprias vidas, para cuidar da vida dos filhos, que perpassa pelas intensas rotinas de tratamentos e necessidades especiais. Isto posto, é perceptível um cansaço sem possível descanso e a impossibilidade de investimento em si mesmas, aumentando a percepção de uma existência aprisionada ao cotidiano estressante. Acrescenta-se ainda um sentimento de culpa, quando se permitem vivenciar experiências diferentes da maternagem.

Outro aspecto mencionado pelas entrevistadas diz respeito a aceitar ou não auxílio de outras pessoas na tarefa de maternar, o que pode ser visto sob perspectivas diferentes. Capitã Marvel, por exemplo, relatou que “**Hoje consigo ir na casa da minha mãe e deixar ele pra fazer as minhas coisas**. Ela limpa ele, ela faz tudo do jeito dela e eu não fico dizendo “faz isso mamãe, faz assim” (...). Ele quer fazer

*cocô?” Leve ele para fazer cocô então, por favor” (...). **Vou dando a responsabilidade às pessoas, dividindo esse peso**” (Capitã Marvel).*

Nota-se que ela se sente mais segura em delegar o cuidado do filho a outras pessoas e, como consequência, passa a realizar atividades de seu próprio interesse. Conforme Welter et al. (2008), muitas mães de crianças com deficiência conseguem perceber a vida por outro viés a partir do momento em que superam o fato de ter um filho com alguma deficiência.

Pocahontas, por sua vez, apresentou dificuldade em reconhecer a capacidades de suas redes de suporte em auxiliá-las no cuidado com os filhos: *“**E eu não aceito certas coisas. Ele não me ajuda nas questões da Terapia, ele faz tudo errado, sabe? Já não basta minha mãe fazer tudo errado (...). Então prefiro fazer sozinha, por mais que me sinta cansada**” (Pocahontas).*

Por esse ângulo, o cuidado exprime a maneira do próprio ser estruturar-se. É um modo-de-ser que perfaz a sua essência. Heidegger (2014) diz que o cuidado do ponto de vista existencial está, a priori, o que significa dizer que para essas mulheres, cuidar está em toda atitude, ou seja, está relacionado a uma dimensão originária, ontológica, portanto, impossível de ser desvirtuada.

Diante desta realidade, as participantes demonstraram se sentir responsáveis pelos avanços no desenvolvimento do filho deficiente, por isso, dedicam-se arduamente à rotina intensa de tratamento. Elas estudam e fazem cursos na tentativa de compreender o comportamento do filho neuroatípico, mesmo quando não possuem formação na área da saúde. Em algumas ocasiões fazem uma nova graduação ou uma pós-graduação no intuito de auxiliar na evolução do tratamento da criança.

*Hoje eu não estou trabalhando. Tô fazendo fono por conta exatamente do Caio. Porque como eu comecei a estudar muito, comecei a fazer pós em TEA para auxiliar, curso de treinamento de pais, cursos do instituto Farol, livros enfim. E aí eu vi que o Caio precisava de **uma pessoa que cada vez entendesse mais sobre o assunto** e pudesse estar mesmo envolvida. (Capitã Marvel).*

Seus discursos revelam que muitas vezes elas fazem o papel de “terapeutas”, dando continuidade às estimulações em casa, mostrando, outra vertente da maternagem de crianças com TEA. O cuidado é para elas uma preocupação que não lhes dá folga nem pausa.

Nas entrevistas, as mães contaram que estão em contínuo esforço em busca de informações para melhor atender aos seus filhos. Desta forma, é possível dizer que essas mães manifestam e interpretam seu mundo a partir do cuidado com seus filhos, constituindo esse o seu modo de existência. Seus conceitos se modificam e fazem com que elas passem a olhar a deficiência com outros olhos, uma vez que percebam as potencialidades do filho.

SER MULHER E MÃE DE UMA CRIANÇA COM TEA: ENLACES ENTRE A CONJUGALIDADE E O PRECONCEITO

Nesta categoria, discorre-se sobre percepção das entrevistadas acerca de ser mulher e suas vivências associadas ao papel de mãe de uma criança com TEA. A partir desse contexto, apresenta-se suas relações com o mundo e com os outros, como na dinâmica da relação conjugal, sobretudo, consigo mesmas.

O afastamento dessas mulheres e/ou de seus filhos do convívio social em determinados contextos é notado nos relatos de Mulher Elástica e Elsa, apresentados adiante. Tal afastamento aconteceu como consequência do sentimento de não pertença ao grupo social, motivado pelo temor diante da possibilidade de discriminação do filho.

*[...] **me afastei dos amigos**. Era como se a minha realidade fosse outra. Porque eu via as minhas amigas saírem com os filhos e parece que nada era dificultoso. 3 filhos e iam pro cinema, iam não sei pra onde... Pô, eu não consigo levar o meu filho no cinema, porque primeiro ele nem entra, né? **Então era tudo muito difícil**, sabe? E aí **eu me afastei**. (Mulher Elástica).*

*[...] eu tinha pouca informação. Eu não sabia o que ia acontecer, o que seria o futuro, como seria, se ele... **eu fico com medo** de ele ser excluído, discriminado, sofrer bullying. Então... o que as pessoas vão falar quando ele tiver uma crise? **Aí preferi me afastar um pouco**. (Elsa).*

Essa atitude parece demarcada pela intuição de que ser mãe neuroatípica é ter que lidar sempre com a incompreensão do outro, portanto, o isolamento seria o caminho a ser trilhado.

Algumas entrevistadas desta pesquisa, dentre elas: Anna, mostra que dificilmente essas mulheres realizam atividades rotineiras para além do espectro das ações de cuidado para com o filho com TEA.

***A gente acaba ficando antissocial**, né? Porque tu passas a semana inteira trabalhando... só eu e meu marido que cuida dele e sai para fazer as coisas pra ele. Quando a gente sai com ele não é fácil, porque é todo tempo manejando o comportamento. Então, às vezes, a gente tá tão cansada que a gente fala “não, gente não vai sair”. Porque, poxa, tu sabes que não é fácil sair. (Anna).*

Estas narrativas apontam para uma organização familiar centrada no membro autista, um processo que também foi observado por DeGrace (2004). A autora destaca, nessas situações, que a organização de toda família tende a girar em torno da criança autista, o que gera repercussões em várias áreas da dinâmica relacional dos entes que compõem esse sistema. Acrescenta ainda que o autismo parece ser uma entidade própria, mais do que uma deficiência, pois transcende o ambiente familiar, controla a

vida das pessoas da família e faz com que parte significativa da vida familiar seja envolvida nos eventos associados à neuroatipicidade de um de seus membros.

A conjugalidade é sentida por essas mulheres de maneira muito distinta do período “antes do autismo”, pois as transformações ocorridas refletem no modo de ser de cada um, pois as questões enfrentadas pelo casal reverberam na vida de ambos. Entretanto, é necessário um estudo aprofundado acerca da subjetivação de gêneros para compreender a complexidade que envolve esta relação.

Pois é, esse meu lado “mulher” é que tá anulado, entendeu? Hoje em dia eu me vejo mesmo mais como mãe, como cuidadora deles, assim, sempre tudo em função deles. (Mulher Elástica).

(...) quando tô em casa e eles dormem, é pra fazer alguma coisa mesmo pra eles, entendeu? Fazer algum material que eu achei interessante, ou então tá treinando com o menor (...) Parece que eu não tenho tempo pra nada, nem para o marido. (Pocahontas).

Mulher Elástica mencionou em seu discurso o verbo “anular”, quando se refere ao “Ser mulher”, encerrando qualquer possibilidade de existência da apresentação da vivência do ser feminino. Pocahontas expôs o pensamento de que não há possibilidade de vir a ter, em qualquer tempo e espaço na sua vida, a existência de experiências que não estejam atreladas à maternagem.

Para Super Girl e Capitã Marvel, exercer os papéis de esposa, de mãe e cuidadora dos filhos assume o sentido de obrigação.

Mas ele ajuda muito. Se ele tiver que levar para terapia, ele leva. Se eu deixar alguma material lá e disser: “corta isso”, ele faz. Ele fica acordado até mais tarde, ele faz. Se eu pedir pra ele dar um banho nele, ele dá. Se tiver desocupado, mas não entende muito as coisas, sabe? (Super Girl).

Meu marido ajuda, mas a responsabilidade de cuidar e do tratamento e tudo, é minha mesmo, porque eu trabalho fora. (Capitã Marvel).

É nítido que Super Girl e Capitã Marvel apresentam o cuidado que os seus maridos têm para com os filhos como “uma ajuda” nas tarefas, visto que não consideram esta ação como responsabilidade dos homens. Deste modo, os pais aparecem nos discursos como coparticipantes da maternagem, dando a entender que possuem participação secundária no cuidado com os filhos e que essa responsabilidade caberia à mãe.

Também são significativos os relatos de participantes a respeito de atitudes preconceituosas e discriminatórias frente à deficiência. Estas situações provocaram nas mães uma reflexão sobre as

dificuldades de ser-com-o-filho-com-TEA nos dias atuais, também sobre o passado, antes de serem acometidos por esta facticidade.

*Quando saiu o diagnóstico dele eu falei pra escola que eu queria, porque tem um grupo de WhatsApp das mães, de todas. Tem um grupo, aí eu disse: “Ah, eu queria falar no grupo das mães do diagnóstico dele”, aí a diretora da escola: “Olha, eu se fosse tu não falava”, eu disse: “Por que?”, ela disse: “Não, porque tem umas mães que podem não entender, sabe como é?”, Aí assim, eu não falei, mas eu fico pensando por que que eu não vou falar? E o meu intuito de falar é de repente **caso ele não tenha um comportamento padrão, digamos assim**, elas entendam que isso foi por conta... que isso pode ser por conta do autismo. Então **eu me afastei** das mães da escola **com medo de preconceito, né?! [demonstra-se muito ansiosa ao falar sobre o assunto, se arruma na cadeira como se estivesse procurando as palavras certas para relatar o acontecido]. (Anna).***

Em um mundo de comportamentos pragmáticos, de rendimento e de produção, o que sai do “padrão” precisa ser explicado, não é aceito. Noto que a reflexão dessas mães é alimentada pelo temor de que seu filho neuroatípico possa ser passado para trás, possa sofrer e que não consiga se defender sozinho.

O preconceito perpassa, em muitos aspectos, pela questão da deficiência em nossa sociedade, pois comumente as deficiências são associadas a significações de desvantagem e de descrédito social (Omote, 1994), comprometendo a elaboração de um olhar mais amplo sobre a criança com TEA, a qual não pode ser vista apenas a partir da perspectiva da neurodiversidade ou dos atributos socialmente valorizados.

Apesar da indignação de algumas participantes frente à desvalorização da pessoa com TEA pela sociedade, referências ao transtorno também emergiram na fala das mães como uma condição que inferioriza, infantiliza e torna dependente, mostrando que elas também podem estar sujeitas às concepções arraigadas no ideário social, como observado no relato da Mulher Elástica.

*[...] porque pra mim ele **sempre vai ser um bebê, ele sempre vai depender de mim** de uma forma ou de outra, eeee assim, **eu não posso morrer!!!** Por mais que ele melhore no tratamento, ele tá melhorando, né? Eu já sei que **ele nunca vai ser normal**, né? [fala com tom triste, baixa o olhar]. (Mulher Elástica).*

Outro aspecto interessante diz respeito ao engajamento dessas mães nos dilemas pessoais que envolvem o TEA conduz, muitas delas, a colaborar entre si em uma espécie de rede de colaboração em prol de pautas comuns, estabelecendo uma espécie de militância ou ativismo em benefício das crianças com TEA.

Os relatos a seguir demonstram que o ativismo materno está presente na vida das participantes desta pesquisa, logo, isto constitui uma nova forma de ser para essas mulheres. Colocar-se no mundo como

mãe ativista também representa uma nova forma de relação com este mundo. Perceber-se como militante desta causa pode representar, para estas mulheres, o surgimento de um novo desígnio que lhes configura valoração pessoal.

*[...] **essa questão da luta**, o sentimento de frustração, o sentimento de alegria, é tudo misturado, gosto muito de me engajar nessas coisas. (Elsa).*

*[...] **porque quando a gente luta junto por uma causa, a gente consegue**. Estou me organizando pra me dedicar mais ainda. (Capitã Marvel).*

Nesse sentido, cabe citar a noção de mãe-ativista elaborada por Nunes (2014, p. 42), que define tal conceito como a transformação da maternagem em um ato político que “[...] envolve largo processo de expertise política, aprendizagem de termos médicos, técnicos, legislativos e jurídicos, assim como de trâmites burocráticos e negociações junto a vereadores, deputados, senadores e ministros”. Na percepção, a mãe-ativista é aquela que reivindica direitos não apenas para seus filhos, mas para todos.

Através das reflexões apresentadas, percebe-se a trajetória das mães em busca do significado de suas próprias existências, trilhando, a “carreira de mães de filhos com deficiência” (Omote, 1980, p.14), que pode ser longa e trabalhosa, não só no que se refere à busca de assistência e tratamento específicos de acordo com suas necessidades, mas na procura de um lugar onde possam coadunar a condição de mães desses filhos inesperados e de mulheres com necessidades e desejos próprios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento da análise das entrevistas de cada participante, os temas evidentes destacaram, dentre outras coisas, a experiência do descobrir e do adaptar-se à rotina do cuidado de um filho neuroatípico, o modo peculiar como essas mães expressam suas vivências e as dificuldades encontradas para o exercício de múltiplos papéis, como o de mulher, mãe, esposa, profissional etc. Os enlaces entre a conjugalidade e o preconceito figuram entre as principais demandas que demarcam existências limitadas pela maternagem de crianças com TEA.

Os achados do presente estudo mostram que, para essas mulheres, parece ser inconciliável o envolvimento em ocupações significativas que não estejam relacionadas à maternagem. Dessa maneira, tem-se modos de existência demarcados pela autoanulação e sacrifício, estruturado em torno do que parece ter se tornado o propósito de suas vidas – o cuidado com filho com TEA.

É possível dizer, portanto, que essas mães manifestam e interpretam seu mundo a partir do cuidado com seus filhos, constituindo esse o seu modo de existência. Entretanto, os “fracassos” e os “sucessos” adquiridos por seu filho com TEA são sentidos por essas mães como se fossem dirigidos a elas próprias.

Ao estudar sobre a maternagem das mães de crianças com TEA é perceptível o quanto elas necessitam de acolhimento e cuidado especializado, que ajude a compreender as questões que envolve a maternagem do filho neuroatípico e as suas relações com o mundo, com os outros e, sobretudo, consigo mesmas.

A descrição e a compressão fenomenológicas contidas neste artigo expressam, dentre outras coisas, um caminho de transformação no modo de significar e viver a maternagem das mães de crianças com TEA.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, A.C., & Lotufo Neto, F. (2014). A Nova Classificação Americana para os Transtornos Mentais – o DSM – V. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Baluta, M.C., & Moreira, D. (2019). A injunção social da maternagem e a violência. *Revista Estudos Feministas*, 27(2).
- Baptista, C., & Bosa, C. (2002). Autismo e educação: Reflexões e propostas de intervenção. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Avanço das políticas públicas para as pessoas com deficiência: uma análise a partir das Conferências Nacionais. Brasília: MS,
- Carswell, W.A. (1993). Estudo da assistência de enfermagem a crianças que apresentam Síndrome de Down (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto -SP.
- Christmann, M. (2017). Associação entre estresse, rede social de apoio e crenças parentais em mães de crianças com TEA (Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.
- Constantinidis, T.C., Silva, L.C., & Ribeiro, M. C.C. (2018). “Todo Mundo Quer Ter um Filho Perfeito”: Vivências de Mães de Crianças com Autismo. *Psico-USF*, 23(1).
- Dartigues, A. (1973). O que é fenomenologia? Rio de Janeiro: Eldorado.
- DeGrace, B.W. (2004). The everyday occupation of families with children with autism. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 543-550.
- Demyer, M.K.; Goldberg, P. (1983). Family needs of the autistic adolescent. Em Schopler, E., & Mesibov, G.B. (org.). *Autism in adolescents and adults* (pp. 225-250). New York: Plenum Press.
- Fiamenghi Jr., G.A, & Messa, A.A. (2007). Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. *Psicol Cienc Prof*, 27(2), 236-45.
- Fontanella, B.J.B., Ricas, J., & Turato, E.R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Gadia, C., Tuchman, R., & Rotta, N. (2004). Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 583-594.
- Heidegger, M. (2014). Ser e tempo. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Jerusalinsky, A. (1984). A Psicanálise do autismo. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kitzinger, S. (1978). Mães: Um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença.

- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(Supl. I), S3-11.
- Melo, M.L.A. (2016). Contribuições da hermenêutica de Paul Ricoeur à pesquisa fenomenológica em psicologia. *Psicologia USP*, 26(2), 296-306.
- Mello, A.M.S.R. (2007). *Autismo: guia prático*. São Paulo: AMA; Brasília: Corde.
- Minatel, M.M.; Matsukura, T.S. (2014). Famílias de crianças e adolescentes com autismo: cotidiano e realidades de cuidado em diferentes etapas do desenvolvimento. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(3), 126-134.
- Minayo, M.C.S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Milgram, N.A., & Atzil, M. (1988). Parenting stress in raising autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18(3), 415-424.
- Miller, N.B. (1995). *Ninguém é perfeito: vivendo e crescendo com crianças que têm necessidades especiais*. Campinas, SP: Papirus.
- Monteiro, A.F. et al. (2017). Considerações sobre critérios diagnósticos do espectro autista, e suas implicações no campo científico. *DO CORPO: Ciências e Artes*, 7(1).
- Nunes, S.C., Souza, T.Z., & Giunco C.T. (2009). Autismo: conhecimento da equipe de enfermagem. *Cuid'Arte Enferm.*, 3(2), 134-141.
- Oliveira, I.B.S. (2007). *Tecendo saberes: fenomenologia do tratamento da dependência química* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Social). Universidade Federal do Pará, Belém,
- Omote, S. 1(980). Reações de mães de deficientes mentais ao reconhecimento da condição dos filhos afetados: um estudo psicológico (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Omote, S. (1994). Deficiência e não-deficiência: recortes de um mesmo tecido. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 1(2), 65-73.
- Pinho, M.A. (2015). *Manifestações gastrointestinais em crianças com Transtorno do Espectro Autista* (Tese de Doutorado). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Rendón, D.C.S. (2016). *Vivências de mães de crianças com transtorno de espectro autista: implicações para a enfermagem* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Faculdade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Ricoeur, P. (2008). *Hermenêutica e ideologias*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ricoeur, P. (1999). *Teoria das interpretações*. Lisboa: Edições 70.
- Santos, A.L.M. (1995). O registro fonográfico das audiências e o novo texto do artigo 170 do CPC. *Revista Jurídica*, 210.

Sifuentes, M., & Bosa, C.A. (2010). Criando pré-escolares com autismo: características: características e desafios da coparentalidade. *Psicologia em estudo*, 15(3), 477-485,

Sprovieri, M.H.S., & Assumpção Jr., F.B. (2001). Dinâmica familiar de crianças autistas. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 59(2-A), 230-237.

Stellin, R.M.R. et al. (2011). Processos de construção de maternagem. *Feminilidade e Maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. Estilos da Clínica*16, 170-185,

Turato, E.R. (2008). Tratado de metodologia de pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicadas por áreas de saúde e de humanas. Petrópolis, RJ: UFES.

Welter, I. et al. (2008). Gênero, maternidade e deficiência: representação da diversidade. *Revista Textos e Contextos*, 7(1), 98-119.

Capítulo 2



10.37423/220606002

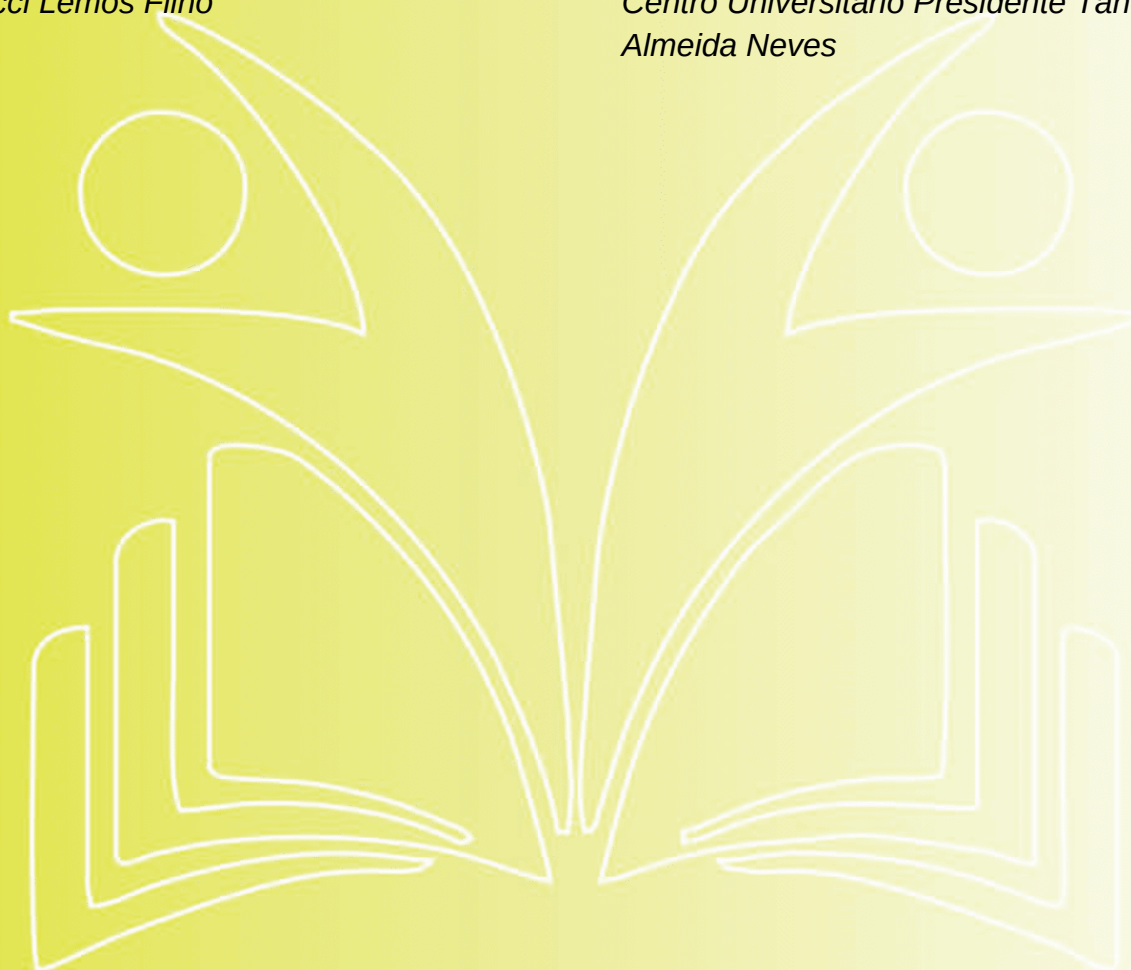
TDAH E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL OU COMORBIDADE?

Anne Estéfane de Oliveira Franchini

*Centro Universitário Presidente Tancredo de
Almeida Neves*

Ezio Falcucci Lemos Filho

*Centro Universitário Presidente Tancredo de
Almeida Neves*



Resumo: INTRODUÇÃO: O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e o transtorno afetivo bipolar (TAB) são transtornos de neurodesenvolvimento com manifestação precoce, iniciando nos primeiros anos de vida ou no início da adolescência e comumente persistente por toda a vida. Por compartilharem sintomas e frequentemente se apresentarem em comorbidade, seu diagnóstico diferencial torna-se bastante complicado. A diferenciação dessas condições é baseada na história clínica, histórico psiquiátrico familiar, curso da doença e resposta ao tratamento, visto que medicamentos utilizados no tratamento do TDAH podem agravar a bipolaridade em crianças não tratadas. Crianças com ambos transtornos têm prognóstico agravado. Sendo assim, mesmo com manifestações e sintomas semelhantes, o correto diagnóstico é essencial. OBJETIVO: Este trabalho visou ajudar na diferenciação e também da correlação entre os transtornos. METODOLOGIA: Foram consultadas as bases de dados Pubmed, SciELO, Uptodate e Biblioteca Virtual em Saúde, com os seguintes termos de busca “transtorno afetivo bipolar”, “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”, “Attention deficit-hyperactivity disorder”, “ADHD”, “pediatric bipolar disorder”, “TDAH em crianças”, “Bipolar disorder”, sendo incluídos artigos de 2001 a 2021. CONCLUSÃO: Por meio deste projeto, concluiu-se que as patologias TAB e TDAH existem em comorbidade, visto que o mesmo paciente pode apresentar sintomas que preenchem critérios dos dois transtornos, Sendo assim, mesmo com manifestações e sintomas semelhantes, é necessário o correto diagnóstico.

Palavras-chave: “TDAH”, “transtorno Afetivo Bipolar”, “comorbidade” e “diagnóstico diferencial”.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno afetivo bipolar (TAB) é classificado como uma desordem anormal de humor, promovendo alterações comportamentais. O TAB, em crianças e adolescentes é caracterizado pela recorrência de episódios de elevação de humor (mania ou hipomania) que excedem o que é esperado para o estágio de desenvolvimento da criança e que não é explicada por outra condição psiquiátrica ou medicação. Múltiplos estudos retrospectivos, reportaram que mais de 60% dos adultos que possuem este diagnóstico, tiveram a manifestação dos sintomas antes dos 20 anos de idade. No entanto, TAB pediátrico geralmente não é reconhecido e muitos pacientes com o transtorno não recebem tratamento ou são tratados para outras comorbidades. Um estudo realizado com 88 pacientes pediátricos com o transtorno reportou que a duração do TAB não tratado para manifestação de problemas mentais é de aproximadamente 10 anos. Quanto maior for o período para início do tratamento pior é o prognóstico^{3,4}.

Em adição, além da mania ou hipomania, estes jovens podem apresentar episódios recorrentes de depressão maior, no entanto, os episódios depressivos não são necessários para realização do diagnóstico. TAB em crianças, afeta de maneira profunda o desenvolvimento cognitivo e psicossocial além de aumentar os riscos de problemas comportamentais, acadêmicos, sociais e legais, assim como, psicose, dependência química e suicídio^{3,4}.

Transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), é definido por um aparecimento precoce e permanente por pelo menos 6 meses de sintomas como desatenção e/ou hiperatividade, impulsividade, ocasionando prejuízos nas funções normais em pelo menos 2 ambientes. O TDAH é a doença psiquiátrica mais comum na infância³.

Os sintomas de TDAH ocorrem durante a infância e grande parte dessas crianças continuarão com os sintomas e com prejuízos durante adolescência podendo afetar até a vida adulta. De acordo com um estudo de 2012, nos Estados Unidos, a idade média de diagnóstico é de 7 anos. Aproximadamente, um terço das crianças são diagnosticadas antes dos 6 anos. Quando os pacientes entram na adolescência, a hiperatividade e a impulsividade tendem a diminuir, no entanto, os sintomas de desatenção tendem a persistir. Dificuldades de aprendizado e de linguagem são manifestações comuns no TDAH¹.

Meninos tendem a receber em média duas vezes mais o diagnóstico de TDAH que as meninas, eventualmente em decorrência do comportamento hiperativo, que é mais observado nos meninos. A

maioria dos diagnosticados incluindo meninos e meninas com TDAH também podem receber diagnóstico de outro tipo de transtorno mental³.

TDAH é o maior responsável pelas prescrições médicas na infância e adolescência, tanto antipsicóticos quanto neuroestimulantes. Atualmente, faltam informações no que diz respeito às causas que levam ao TDAH, contudo, no que tange ao diagnóstico, há critérios bem definidos³.

Como o diagnóstico não pode ser confirmado por meio de nenhum tipo de exame relacionado a marcadores biológicos e muitas vezes se iniciam com o mesmo quadro clínico, compartilhando sintomas, ocasionando uma dificuldade maior em se ter um diagnóstico. Ademais, é importante que se busque outras informações como histórico familiar, histórico de desenvolvimento, se houve algum atraso ou déficit, idade e forma com que se manifestou, além do curso da doença, e se já realizou algum tratamento. Reforçando a tese de que o diagnóstico precoce e preciso se relaciona a um tratamento adequado e eficaz além de um melhor prognóstico⁴.

Sendo o TDAH um transtorno altamente prevalente na infância e o TAB, com um escasso e difícil diagnóstico, a evolução para um quadro crônico e persistente, adentrando a idade adulta implica em prejuízos nas áreas de desenvolvimento, como educação, profissional e interpessoal, podendo inclusive, aumentar a morbidade e mortalidade. TAB e TDAH podem acometer simultaneamente o paciente, ademais, estão associadas a outras condições psiquiátricas e orgânicas, como diabetes e hipertensão³.

No presente estudo, buscou-se analisar os benefícios obtidos a partir da diferenciação entre os diagnósticos ou em comorbidade, para que deste modo, seja feito o tratamento adequado com a finalidade de potencializar um bom prognóstico e minimizar os prejuízos causados pela falta de tratamento.

2. JUSTIFICATIVA

Visto o atual debate no campo da psiquiatria sobre o tratamento de TDAH em pacientes já diagnosticados com transtorno afetivo bipolar. A escassez de artigos sobre o tratamento do TAB em comorbidade com TDAH e sua importância para um menor prejuízo de esfera psicossocial dos pacientes, motivando a elaboração desta pesquisa. Além de buscar evidenciar também a diferença entre as morbidades, seus quadros clínicos e influência do tratamento.

3. OBJETIVOS 3.1. GERAL

3.2. ESPECÍFICOS

O intuito deste trabalho é ajudar na diferenciação e também correlação dos transtornos supracitados para que o tratamento correto seja aplicado, além de apontar os benefícios adquiridos do tratamento conjunto.

Avaliação do plano terapêutico abordado pela literatura.

Ressaltar a diferenciação no diagnóstico das duas patologias para um tratamento mais completo e fidedigno.

Compreender como o emprego do tratamento adequado pode ocasionar em um melhor prognóstico dos pacientes.

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o desenvolvimento foi uma revisão da literatura, por meio das bases de dado Pubmed, SciELO, Uptodate e Biblioteca Virtual em Saúde, com artigos em inglês e português, do ano de 2007 a 2021, a partir dos descritores “transtorno afetivo bipolar”, “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”, “Attention deficit-hyperactivity disorder”, “ADHD”, “pediatric bipolar disorder”, “TDAH em crianças”, “Bipolar disorder”, tendo sido escolhidos artigos com ensaios clínicos e revisão de literatura. Após leitura do título, resumo e da introdução dos artigos selecionados por meio dos descritores supracitados, foram excluídos os artigos que compreendiam objetivos de estudos diferentes deste trabalho e os transtornos em adultos. Foram utilizados também, o livro Compêndio de Psiquiatria 11ª edição e DSM – 5.

5. RESULTADOS

Considerado um transtorno de humor, o transtorno afetivo bipolar é caracterizado por episódios de mania isolados ou associados à depressão. Os episódios de mania ocorrem quando o indivíduo apresenta autoestima elevada além do normal, diminuição do sono, aumento da distração, agitação física e mental, além de envolvimento excessivo em comportamentos que geram prazer, o que pode levar o paciente a se envolver em situações danosas à saúde e a sua integridade física ^{5,6}.

Além disso, os episódios descritos acima apresentam duração de pelo menos uma semana, podendo ainda causar comprometimento em áreas social e ocupacional. Já o quadro depressivo é caracterizado

exatamente como o transtorno de humor de mesmo nome. Ainda neste ponto, o TAB pode ser dividido em transtorno afetivo bipolar I e II, a depender de suas características, além de ainda ser subdividido de acordo com os sintomas e a duração dos quadros ^{5,6}.

Por sua vez, o TDAH se apresenta como um quadro de redução da atenção associada à impulsividade e/ou hiperatividade. Para fins diagnósticos, é necessário que haja prejuízo em pelo menos duas áreas distintas da vida do paciente e em mais de dois ambientes, por exemplo acadêmico e social ⁵.

5.1 CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de TAB se baseia na clínica do paciente. Para diferenciação em TAB I, II ou ciclotimia, são avaliados os quadros de mania, hipomania e depressão. De acordo com o DSM -5, Transtorno Afetivo Bipolar I é caracterizado por pelo menos um episódio de mania e um de depressão. Ao passo que o Transtorno afetivo bipolar II, caracteriza-se através de hipomania e depressão. Por fim, em se tratando de ciclotimia, o paciente apresenta sintomas hipomaniacos e depressivos, contudo não preenche critério para nenhum dos ⁷.

Em relação à mania, como já dito anteriormente, o paciente pode apresentar um estado de humor elevado, com características expansivas e até irritação. Pode haver, também, transferência de responsabilidade e culpa, tendência a criar conflitos, abuso de álcool, se despir em lugares públicos, uso de roupas extravagantes e até alucinações. Importante ressaltar o caráter impulsivo e hiperativo que esses pacientes podem apresentar, e que muitas vezes pode confundir o diagnóstico com outras doenças, inclusive com o TDAH. Outras características que podem ser confundidas com TDAH, estão presentes nos quadros depressivos, como dificuldade de concentração e dificuldade para pensar ^{6,7}.

Em se tratando de depressão, o paciente precisa atender pelo menos um dos dois critérios maiores: humor deprimido e perda de prazer ou interesses. Além disso, há também alterações de apetite, podendo levar a aumento ou perda de peso, insônia ou hipersonia, esgotamento de energia e diminuição da libido. Em crianças, o medo de frequentar a escola, apego aos pais e vontade de fugir de casa também podem ser sintomas característicos do transtorno. Além desses, a promiscuidade pode estar presente no comportamento de adolescente também ^{6,7}.

Além dos sintomas supramencionados, a tristeza e irritabilidade persistentes, falta de motivação, baixa produtividade, pensamentos negativos e ideação e/ou tentativa de suicídio são sintomas clássicos em crianças com TAB ⁶.

Por seu turno, o diagnóstico realizado no TDAH é feito com a presença de sintomas de hiperatividade/impulsividade e/ou falta de atenção. Além do mais, é necessário que haja prejuízo em pelo menos dois ambientes distintos em que o paciente esteja inserido e que os sintomas não sejam explicados por outras doenças ⁷.

Dentro de hiperatividade, os sintomas podem se resumir a mexer muito as mãos, não conseguir ficar sentado quando for necessário, inquietação, dificuldade de brincar com mais tranquilidade, falar excessivamente, não conseguir esperar a vez, interromper outros. Já a impulsividade, geralmente está relacionada ao ambiente, podendo tomar decisões erradas e prejudiciais como uso de drogas e álcool, comportamento sexual arriscado e direção perigosa ⁸.

O déficit de atenção pode ser definido como dificuldade de concentração e de cognição. Nas escolas, muitas vezes são vistos como alunos que ficam dispersos durante a aula. Além disso, o cometimento de erros simples, dificuldade de completar tarefas que incluem uma continuidade, como dever de casa, perda de objetos, falta de organização com objetos pessoais, tarefas e atividades, distração fácil, dificuldade de manter atenção quando necessária, dificuldade de seguir instruções são outras características presentes na clínica do TDAH e que fazem parte dos critérios para diagnóstico ⁸.

Devido ao prejuízo gerado pelos sintomas, pacientes não tratados no início ou àqueles que tiveram diagnósticos tardio, correm risco aumentado de desenvolvimento de tendências suicidas e transtorno de humor. Quando combinados, os riscos são ainda maiores⁷.

Durante as crises de mania, pacientes com TAB podem exibir impulsividade, distração e hiperatividade, como já mencionado. Contudo, estes sintomas duram por pelo menos 4 dias, visto que no TDAH os episódios podem variar durante o dia. Além disso, a labilidade emocional que ocorre no TDAH, ocorre no curso de um mesmo dia, enquanto que no TAB, vários dias se passam dentro do mesmo sintoma ⁷.

5.2 TRATAMENTO

Para que seja realizado o tratamento de crianças diagnosticadas com TAB, é necessário que haja uma abordagem multiprofissional envolvendo acompanhamento psicoterápico e medicamentoso^{5,7}.

Há vários tipos de terapia, cada um direcionado de acordo com as manifestações clínicas, como terapia familiar, interpessoal, comportamental e orientação psicanalítica e cognitiva. Por sua vez, o medicamentoso visa a remissão dos sintomas, e não somente a diminuição destes^{5,7}.

O tratamento medicamentoso se baseia no uso dos antipsicóticos de segunda geração, como a olanzapina, quetiapina e risperidona, além de, possivelmente, o lítio, caso o paciente seja maior de 12 anos. A remissão dos sintomas ocorre entre 25 e 70% dos casos. A escolha do medicamento deve ser realizada levando em consideração fatores como efeitos colaterais, outras comorbidades, preferência do paciente e até mesmo o custo do medicamento. Caso não haja melhora de 4 a 8 semanas, ou o paciente não tolere o medicamento, outro antipsicótico deverá ser escolhido⁹.

Nos casos refratários e em pacientes com mais de 12 anos, o lítio pode ser introduzido, contando que seja feita a propedêutica laboratorial específica e o acompanhamento necessário. É importante ressaltar que caso não haja uma resposta satisfatória após a adição do lítio, pode ser feita uma associação com um segundo antipsicótico atípico⁹.

O tratamento de crianças e adolescentes com TDAH baseia-se na intervenção multidisciplinar envolvendo profissionais das áreas médicas, saúde mental e pedagógica em conjunto com os pais¹⁰.

O profissional de saúde deve educar a família sobre o transtorno, através de informações claras e precisas, a fim de que aprendam a lidar com os sintomas dos seus filhos. Intervenções no âmbito escolar também são importantes e, muitas vezes, é necessário um acompanhamento psicopedagógico centrado na forma do aprendizado, como por exemplo nos aspectos ligados à organização e ao planejamento do tempo e das atividades¹⁰.

O tratamento reeducativo psicomotor pode ser indicado para melhorar o controle do movimento^{10,11}.

Em relação às intervenções psicoterápicas centradas na criança ou adolescente, as mais estudadas e com maior evidência científica de eficácia para os sintomas centrais do transtorno (desatenção, hiperatividade, impulsividade), bem como, para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados (oposição, desafio, teimosia), são as cognitivo-comportamentais, especialmente os tratamentos comportamentais^{10,11}.

Sobre as influências psicofarmacológicas, a literatura claramente apresenta os estimulantes como as medicações de primeira escolha para este transtorno⁷. No Brasil, existem duas categorias de estimulantes encontrados no mercado: o Metilfenidato e a Lisdexanfetamina. Cerca de 70% dos pacientes com TDAH respondem adequadamente aos estimulantes, com redução de pelo menos 50% dos sintomas básicos do transtorno e os toleram bem^{9,10,12}.

Já o tratamento em conjunto precisa ser avaliado de forma cautelosa e dependem de um diagnóstico preciso pois os medicamentos utilizados para TDAH ocasionam uma piora do quadro de um paciente

que também é portador de TAB. O motivo dessa avaliação criteriosa se dá devido à fisiopatologia dos transtornos, por conta da conformação de neurotransmissores presentes no cérebro humano, entende-se que uma pessoa com TDAH tenha falta de dopamina e noradrenalina em áreas específicas do encéfalo^{2,3}.

Já o TAB, apesar da escassez de estudos sobre suas causas, alguns estudos sugerem que ocorrem diminuição de alguns neurotransmissores como serotonina e noradrenalina^{2,3}.

Sendo assim, por se tratarem de manifestações diferentes da falta de um mesmo neurotransmissor, noradrenalina, TDAH e TAB apresentam caráter de semelhança, podendo ser caracterizadas como comorbidade. Contudo, faz-se necessário a implementação dos medicamentos responsáveis pela melhora do transtorno afetivo bipolar, em primeira instância pois o aumento da dopamina, causado pelos medicamentos neuroestimulantes, exacerbam os sintomas da mania. Por consequência, a utilização dos neuroestimulantes só deve ocorrer após a estabilização dos sintomas do TAB⁸.

6. DISCUSSÃO

Poucos desafios clínicos rivalizam com o diagnóstico diferencial entre TDAH e TAB com início na infância. Sem marcadores específicos para ajuda, o diagnóstico é realizado predominantemente pela clínica do paciente, além de observações dos pais e de informações colhida no âmbito escolar³.

O diagnóstico diferencial entre TDAH e TAB oferece diversos desafios, principalmente por conta do início precoce dos dois transtornos, o curso não específico de TAB em crianças, a habilidade limitada de reportar sintomas por parte das crianças, vasta sobreposição sintomática e similaridade com outras comorbidades psiquiátricas como ansiedade, distúrbios de humor, dependência química. Na maioria dos casos, TDAH e TAB, há um desafio na precisão do diagnóstico devido à co-ocorrência de distúrbios e comorbidades complexas^{6,8,13}.

Em casos menos complexos, o aparecimento discreto de um humor proeminente, sono e agressividade são mais sugestivos a um diagnóstico de TAB, especialmente se há um quadro de impulsividade com dinheiro, sexualidade e substâncias químicas. Em contrapartida, inquietação, ineficiência, desorganização, desatenção, distração, esquecimento, geralmente apontam para um diagnóstico de TDAH⁶.

Em decorrência aos vários critérios diagnósticos para TAB e para TDAH serem compartilhados, como: distratibilidade, hiperatividade motora e falar em excesso, dois métodos têm sido usados para tentar

demonstrar que os diagnósticos de ambos os transtornos se mantêm, mesmo com a retirada dos critérios diagnósticos que são comuns a ambos (sintomas sobrepostos)¹³.

No primeiro método, chamado de subtração simples, os sintomas sobrepostos não são considerados. Já o segundo método, chamado de método proporcional, os sintomas sobrepostos também não são considerados, mas há uma correção proporcional do número de critérios necessários para a realização do diagnóstico, de acordo com o número de sintomas sobrepostos subtraídos¹³.

Foi apontado que 48% das crianças com transtorno de humor bipolar continuam a atender aos critérios diagnósticos, por meio do método de subtração simples, e 69%, pelo método proporcional. Um total de 89% das crianças com TAB mantêm o diagnóstico de TDAH, pelo método de subtração, e 93% das crianças mantêm pelo método proporcional. Esses resultados sugerem que a comorbidade entre TAB e TDAH não é um artefato de método, devido a compartilhamento de critérios diagnósticos entre os dois transtornos^{6,8}.

7. CONCLUSÕES

Por meio deste projeto, concluiu-se que as patologias TAB e TDAH existem em comorbidade, visto que o mesmo paciente pode apresentar sintomas que preenchem critérios dos dois transtornos e que, uma vez tratado adequadamente, ocorrerá a diminuição dos déficits prevalentes que afetam de forma impactante o paciente, por meio da remissão ou redução dos sintomas, permitindo ao paciente se adequar de forma plena nas diversas esferas que o cercam.

Sendo assim, mesmo com manifestações e sintomas semelhantes, é necessário o correto diagnóstico. Apesar de apresentarem características que se relacionam, o tratamento deve ser individualizado e seguir uma ordem para que não haja agravo do quadro. Visto que pacientes que apresentam os dois transtornos em comorbidades, precisam ser avaliados de forma concisa, para que o tratamento seja feito na ordem correta, caso contrário ocorrerá uma piora do quadro.

8. REFERÊNCIAS

1. Narvaez JC, Zeni CP, Coelho RP, Wagner F, Pheula GF, Ketzer CR, Trentini CM, Tramontina S, Rhode LA. Does comorbid bipolar disorder increase neuropsychological impairment in children and adolescents with ADHD?. J. bras. psiquiatr. 2014; 36 (1): 53-59. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1085>.
2. Moraes C, Silva FMBN, Andrade ER. Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica. Rev. Bras. Psiquiatr. 2007 out 19; 56 (supl 1) pp: 19-24. <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000500005>>.
3. Marangoni C, De Chiara L, Faedda GL. Bipolar disorder and ADHD: comorbidity and diagnostic distinctions. Curr Psychiatry Rep. 2015 Aug;17(8):604. doi: 10.1007/s11920-015-0604-y. PMID: 26084666.
4. Maranoni C. ADHD, Bipolar Disorder, or Borderline Personality Disorder. Psychiatr Times. 2018 Oct 30; 35: 18-20.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 2017
6. Pediatric bipolar disorder: Clinical manifestations and course of illness- UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/pediatric-bipolar-disorder-clinical-manifestations-and-course-of-illness?search=transtorno%20bipolar%20clinica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H6530592
7. Psychiatric Association A. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5a Edição. Porto Alegre: Editora Artmed; 2013.
8. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-andadolescents-clinical-features-anddiagnosis?search=tdah&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
9. Pediatric bipolar disorder: Overview of choosing treatment – UpToDate [Internet]. [cited 2021 July 1]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/pediatric-bipolar-disorder-overview-of-choosing-treatment?source=history_widget
10. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Overview of treatment and prognosis - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-treatment-and-prognosis?source=history_widget

11. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Treatment with medications - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available from:

https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-treatment-with-medications?source=history_widget

12. Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available

from:https://www.uptodate.com/contents/pharmacology-of-drugs-used-to-treat-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents?source=history_widget

13. Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica - Scielo [Internet]. [cited 2021 May 20]. Available from:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/6ck7FR7YvYkvVzdxZ8Mm9Cr/?lang=pt>

Capítulo 3



10.37423/220606024

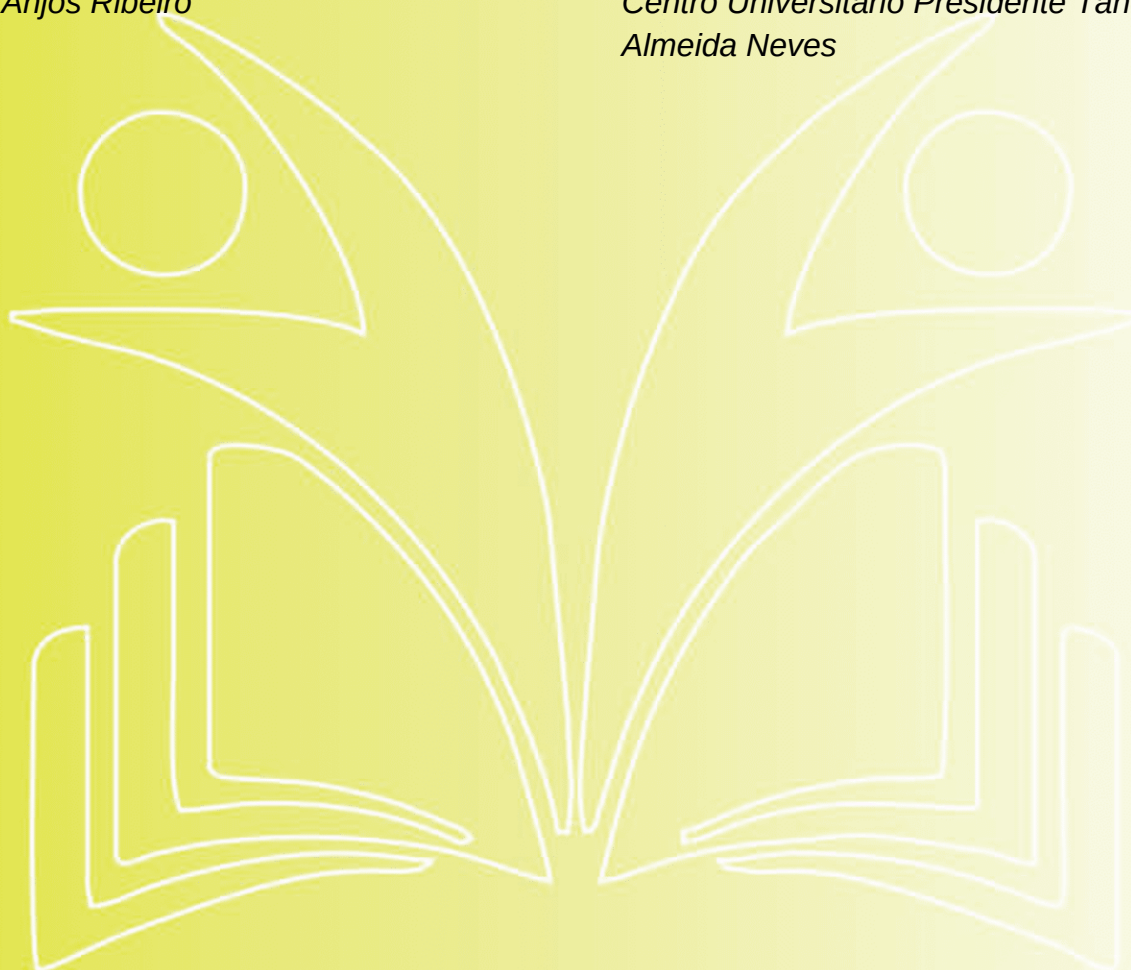
INFLUENCIA DOS JOGOS DE VIDEO GAME EM PACIENTES COM TDAH

João Pedro Santa Rosa Santos

*Centro Universitário Presidente Tancredo de
Almeida Neves*

Lucas Dos Anjos Ribeiro

*Centro Universitário Presidente Tancredo de
Almeida Neves*



Resumo: INTRODUÇÃO: O Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) é um transtorno comum, alcançando aproximadamente 15% das crianças em idade escolar. Pode ser dividido nos subtipos: desatento, hiperativo/impulsivo e combinado. Os jogos digitais fazem parte da vida de muitas pessoas na sociedade, sendo um dos hobbies de várias delas. Em doses saudáveis, os videogames podem promover, por exemplo, um desenvolvimento do tempo de raciocínio dos usuários. Os videogames podem ser uma boa ferramenta de auxílio na melhora da sintomatologia do TDAH, uma vez que não são vistos como uma obrigação, podendo ser tido como uma simples forma de lazer. Ademais, o tratamento convencional muitas vezes não é efetivo, devido à pouca melhora dos sintomas e aos efeitos colaterais, remetendo a baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Portadores de TDAH podem ter um fenômeno chamado de hiperfoco, situação na qual eles podem se manter concentrados por várias horas em atividades que gostam. OBJETIVO: Esse trabalho visou analisar os possíveis benefícios e malefícios que envolvem o uso dos videogames em pessoas com TDAH. METODOLOGIA: Foram consultadas as bases de dados “PUBMED” e “UpToDate”. Foram utilizadas os seguintes termos de busca: “TDAH” e “videogames” ou “video games” sendo incluídos artigos de 2012 a 2021. Os artigos foram utilizados para produção do trabalho, feito por meio de leitura e comparação. CONCLUSÃO: Os videogames são uma forma eficaz de intervenção eficaz na melhora dos sintomas do TDAH, por não serem vistos como imposição. Entretanto, o tempo de uso dos videogames deve ser utilizado de forma adequada para não causar dependência. Mais estudos se fazem necessários para avaliar o tempo correto de utilização dos videogames visando benefícios no tratamento do TDAH, bem como para evitar dependência por parte dos indivíduos com esse transtorno.

Palavras-chave: “Videogames”, “TDAH”, “Benefícios” e “Malefícios”

1. INTRODUÇÃO

O TDAH é uma síndrome comum entre as crianças, chegando a acometer até 15% das crianças em idade escolar ¹, com presença de sintomas hiperativos/impulsivos e/ou de desatenção. Os sintomas hiperativos e impulsivos se caracterizam pela incapacidade de ficar parado, enquanto os sintomas de desatenção são, em geral, referidos como redução na capacidade de concentração e do processamento cognitivo, cursando com problemas acadêmicos. Os sintomas hiperativos/impulsivos e os desatentos se iniciam, em geral, aos 4 anos e entre 8-9 anos, respectivamente ². Para o diagnóstico de qualquer um desses subtipos, os sintomas devem estar presentes por ao menos 6 meses, influenciando negativamente a vida do paciente. É necessário também que os sintomas apareçam antes dos 12 anos, coexistindo em dois ou mais ambientes (como escola e própria casa), além de excluir outros transtornos mentais que poderiam estar causando esses sintomas ³.

O TDAH possui três formas de apresentação de seus sintomas, sendo elas: 1) subtipo combinado – quando tanto os critérios para subtipo Desatento, quanto para Hiperativo/Impulsivo são preenchidos; 2) predominantemente desatento – quando critérios para desatento são preenchidos, mas hiperativo/impulsivo não são; 3) predominantemente hiperativo/impulsivo – quando os critérios para o subtipo hiperativo/impulsivo são preenchidos, mas os critérios desatentos não são ³.

O TDAH afeta cerca de 5% das crianças de todo o mundo. Além do tratamento farmacológico dessa doença não ser eficaz em aproximadamente 25% desses pacientes, pode ter graves efeitos colaterais, o que leva à baixa adesão desse tratamento medicamentoso ⁴. Devido aos sintomas desse transtorno, era de se esperar que as crianças portadoras de TDAH tivessem dificuldades em manter sua concentração por longos períodos, porém essas crianças podem se concentrar por longos períodos em atividades que gostam, fenômeno conhecido como hiperfoco ⁵. Os videogames se utilizados por portadores de TDAH podem apresentar uma alta chance de dependência dos mesmos, se utilizado de maneira desregrada, podendo até evoluir com “*Internet Gaming Disorder*” (IGD), a qual é uma doença diagnosticada pelo DSM-V, relacionada ao uso danoso dos videogames online. Dessa forma, é possível pensar em formas de aliar os videogames aos métodos terapêuticos já existentes, visando uma melhor adesão ao tratamento e uma melhor satisfação dos pacientes.

A utilização dos videogames como forma de intervenção médica não é algo que começou a ser feito há pouco tempo. Entre o ano de 2004 e 2005, foi utilizado um jogo de videogame chamado “*Re-Mission*” para auxiliar na adesão ao tratamento de adolescentes e jovens adultos, de idade entre 13 e 29 anos. O game explora a destruição de células cancerígenas e formas de controlar os efeitos

colaterais relacionados ao tratamento do câncer, como adesão à antibióticos para prevenção e tratamento de infecções, ensinando assim a importância de se fazer o tratamento correto, aderindo ao que é prescrito pelo profissional de saúde. No jogo, você precisa buscar os medicamentos que atuam contra a neoplasia para se fortalecer contra as células malignas e buscar os antibióticos para controlar as infecções. Como resultado, foi constatada uma maior adesão ao tratamento, quando comparado o grupo de intervenção com o grupo controle, além de um maior conhecimento, por parte dos pacientes, da condição na qual eles se encontravam e o seu tratamento específico ⁶.

Com o constante desenvolvimento de novas tecnologias, cada vez mais cedo as pessoas estão tendo acesso à novas mídias digitais. Dentre tais mídias, uma das mais importantes são os videogames, que tem como um de seus pioneiros na indústria, William Higinbotham, o qual em 1958 criou o jogo *“Tennis for Two”*, em um osciloscópio ⁷. De acordo com a pesquisa *“Brazil Gaming 2015”*, 82% das pessoas entre 13 e 59 anos tem como um de seus hobbies jogar videogames em pelo menos um dispositivo (variando entre consoles, smartphones e computadores), fato que denota como os jogos eletrônicos fazem parte da vida do brasileiro ⁸. Devido disponibilidade de videogames na população brasileira, se mostrou necessário a investigação dos impactos deste estilo de vida no comportamento psicológico do indivíduo, sendo esse o objetivo de estudo de diferentes trabalhos publicados na literatura, alguns avaliando malefícios ^{9,10} e outros buscando os benefícios ^{4,11}.

Além do lazer proporcionado ao usar videogames, em doses saudáveis diariamente (ou semanalmente), o estudo de Granic et. Al. demonstrou que essas tecnologias proporcionam ao usuário um desenvolvimento no seu tempo de raciocínio e na sua capacidade de concentração e atenção, mostrando ainda que crianças e adolescentes que jogam determinados tipos de jogos se desenvolvem mais em determinadas áreas cognitivas ¹². Nesse sentido, dentro dos benefícios cognitivos, os jogos ajudam também crianças que possuem distúrbios neurológicos, fato comprovado por um estudo italiano, o qual verificou que 12 horas jogando videogames de ação trouxe benefício para a leitura em crianças com dislexia, além da melhora da habilidade de atenção ¹³.

Os benefícios gerados pelo uso dos videogames variam de acordo com o seu estilo. Em uma pesquisa da Universidade da Califórnia, foram comparados dois grupos de pessoas, o primeiro grupo jogava jogos 2D – jogos onde a movimentação ocorre horizontal e verticalmente, com cenários planos – no outro grupo, os jogos foram 3D – jogos com ambientação tridimensional, os cenários possuem profundidade, há possibilidade de rotação de câmera –, o segundo grupo teve um melhor desempenho em uma tarefa de memória hipocampal, quando comparado com o primeiro ¹⁴. O

desenvolvimento cognitivo gerado por cada gênero de jogo também sofre variações. O efeito mais significativo no melhoramento cognitivo vem de se jogar jogos de tiro. Tais melhorias provavelmente existem por causa dos espaços 3D, ricos em detalhes, aliados às necessidades de decisões que aparecem com uma alta frequência e devem ser tomadas rapidamente ¹². Além das habilidades cognitivas, existem evidências que sugerem que qualquer tipo de videogame jogado melhora a capacidade criativa do jogador, isso foi demonstrado em um estudo que teve uma amostra de 500 estudantes, de 12 anos de idade, no qual o ato de jogar videogames foi relacionado a uma melhora da criatividade ¹⁵. Com base nessas informações, esse estudo busca identificar a influência de jogos eletrônicos no desenvolvimento de pessoas com TDAH.

2. JUSTIFICATIVA

Com o passar dos anos, é notável o aumento de produção de tecnologias e também da facilidade de acesso a elas, e junto delas, aumenta-se também o número de usuários. Dentro dessas novas tecnologias diariamente criadas e lançadas, uma das mais utilizadas por pessoas de todo o mundo (principalmente crianças e adolescentes) são os videogames, que cada vez mais estão ganhando espaço dentro das casas, sendo questões de preocupação para os pais, que muitas vezes não buscam se aprofundar sobre possíveis impactos positivos dos videogames no comportamento dos filhos, e acabam entrando no senso comum e aceitando uma ideia errônea sobre os videogames. Tendo em vista que muitas pessoas gostam, e por ter uma infinita variedade de jogos, atualmente, existem pesquisas que mostram que o uso desses jogos pode auxiliar no aprendizado e no desenvolvimento cognitivo dos usuários. O TDAH é um transtorno de alta prevalência nas crianças, afetando o seu convívio social e seu desempenho escolar. Porém, em atividades que essas crianças gostam, elas podem se concentrar durante longos períodos, algo incomum no TDAH, levando em consideração os sintomas causados. Sendo assim, o intuito deste trabalho é avaliar a influência dos videogames em crianças portadoras de TDAH.

3. OBJETIVO

3.1 GERAL

Conhecer as possíveis influências que os jogos, mais especificamente os videogames, possam causar em pacientes com TDAH.

3.2 ESPECÍFICOS

Conhecer possíveis benefícios obtidos a partir do uso saudável dos videogames por pacientes com TDAH.

Conhecer possíveis malefícios decorrentes do uso de videogames em pacientes com TDAH.

Analisar se os benefícios superam os malefícios ao se tratar dos jogos de videogame, principalmente em pacientes com TDAH.

Buscar formas de aproveitar os videogames, de maneira a melhorar a atenção e qualidade de vida em pacientes com TDAH.

4. METODOLOGIA

Foram pesquisados artigos que analisaram a influência dos jogos de videogame em pacientes com TDAH.

4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ESTUDOS

Foram incluídos estudos originais e revisionais, do tipo ensaio clínico (aleatorizados ou não, controlados ou não), estudos transversais e revisões sistemáticas, que apresentassem resultados referentes ao impacto de dos jogos de videogame em portadores de TDAH. Os demais critérios de inclusão foram: data da publicação do estudo entre 2012 e 2021, terem sido realizados em adultos e publicados nos idiomas inglês e português. Foram excluídos os estudos realizados em idosos. Também não foram incluídos estudos que tenham feito testes em animais.

4.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A pesquisa dos artigos foi realizada na base de dados PubMed e UpToDate®, utilizando-se os seguintes conjuntos de intersecção de termos de busca bibliográfica: “ADHD”, “videogames” e “video games”. Foram pesquisadas também as referências bibliográficas dos artigos incluídos.

Realizou-se uma primeira avaliação, tendo por base os títulos e o resumo dos artigos e rejeitaram-se aqueles que não preencheram os critérios de inclusão ou apresentaram algum dos critérios de exclusão.

Após a busca nas bases de dados foi realizada uma leitura dos títulos e do resumo dos estudos, de modo que aqueles que não atendessem aos critérios de inclusão não seriam analisados.

Posteriormente, foi realizada uma leitura completa dos estudos incluindo apenas os que se enquadraram com os critérios propostos. Quando um estudo não pode ser incluído ou rejeitado com certeza, o texto completo foi analisado secundariamente.

5. RESULTADOS

Ao realizar a busca por meio dos descritores “ADHD”, “VIDEOGAMES” E “VIDEO GAMES”, dentro do período estabelecido e utilizando os critérios de inclusão e exclusão previamente citados, foram encontrados 119 artigos. A partir de uma leitura do título e do resumo, foram encontrados 8 artigos utilizados para a produção do presente estudo. Os artigos utilizados discutem a influência dos videogames em pacientes com TDAH, sejam eles benéficos ou maléficos.

5.1 BENEFÍCIO DOS JOGOS DE VIDEOGAMES NO TDAH

Granic *et. al.* (2013) demonstraram que os jogos de “*Role Playing Games*” (RPG), jogos onde os jogadores assumem determinados personagens, e a partir dessa escolha passam por missões para evoluí-los foram relacionados com melhora nas habilidades de resolução de problemas, que jogos de tiro foram associados a melhora da atenção. Nessa revisão, foi também demonstrado que jogos de quebra cabeça e de interface mínima promovem relaxamento e diminuição da ansiedade. Além disso, jogos de RPG e de puzzle, os quais tem como objetivo central a solução de quebra-cabeças, ajudam os jogadores a aprenderem a lidar com frustrações ¹².

Oord *et. al.* (2012) relataram que crianças com TDAH podem manter a atenção por mais tempo enquanto estão jogando videogames, e em seu estudo demonstraram que crianças que jogaram videogames através de 25 sessões com duração de 40 minutos tiveram melhora nos sintomas de TDAH, sendo eles os sintomas desatentos, hiperativos e impulsivos, quando comparadas com as crianças do grupo controle ¹⁶.

Calvo *et. al.* (2020) mostrou que os videogames melhoram a cognição e redução dos sintomas do TDAH. Por não serem vistos como obrigação, eles aumentam a adesão das crianças ao tratamento ⁴.

Em um estudo com 51 crianças entre 8 e 12 anos, portadoras de TDAH, Benzing *et. al.* (2019) demonstrou que os “*exergamings*”, jogos de videogames que requerem certa atividade corporal para serem jogados, podem melhorar o desenvolvimento cognitivo nessas crianças, através de 3 sessões por semanas, com duração de 30 minutos cada, por 8 semanas, podendo ser uma medida aliada ao tratamento medicamentoso e psicoterápico ¹¹.

Na tabela 1, estão resumidos os resultados encontrados sobre os benefícios dos videogames no TDAH, além de estarem informados o título, os autores e o ano de publicação.

Quadro 1 – Estudos relatando benefício dos jogos de Videogame

Tipo de estudo/ Amostra	Resultados	Autor/ Ano publicação
Revisão de Literatura	Jogos de RPG relacionados a melhora na resolução de problemas, jogos de tiro associados a melhora da atenção e da capacidade de alocação de atenção, jogos de quebra cabeça e de interface mínima promovem relaxamento e diminuição da ansiedade e jogos puzzle ajudam os jogadores a aprenderem a lidar com frustrações.	Isabela Granic, Adam Lobel, and Rutger C. M. E. Engels / 2013
Estudo Randomizado Controlado/ 40 crianças, entre 8 e 12 anos.	Crianças com TDAH podem manter atenção por mais tempo enquanto jogando videogames. Crianças que jogaram videogames através de 25 sessões com duração de 40 minutos tiveram melhora nos sintomas de TDAH (desatentos, hiperativos e impulsivos) quando comparadas com grupo controle.	S. van der Oord, A. J.G. B. Ponsioen, H. M. Geurts, E. L. Ten Brink and P. J. M. Prins / 2012
Revisão Sistemática	Videogames melhoram a cognição e reduzem os sintomas do TDAH, além disso não são vistos como obrigação para as crianças, o que aumenta a adesão ao tratamento.	Inmaculada Peñuelas-Calv, Lin Ke Jiang-Lin, Braulio Girela-Serrano, David Delgado-Gome, Rocio Navarro-Jimenez, Enrique Baca-Garcia, Alejandro Porras-Segovia/ 2020
Ensaio Clinico Randomizado/ 51 crianças com idade entre 8 a 12 anos	Os “ <i>exergamings</i> ” podem melhorar o desenvolvimento cognitivo nas crianças, através de 3 sessões por semanas, com duração de 30 minutos cada, por 8 semanas podendo ser uma medida aliada ao tratamento medicamentoso e psicoterápico no TDAH.	Valentin Benzing, Mirko Schmidt / 2019

Fonte: Elaborado pelos autores.

5.2 MALEFÍCIO DOS JOGOS DE VIDEOGAMES NO TDAH

O estudo de Mathews *et. al.* (2018) demonstrou que homens entre 16-21 anos e portadores de TDAH possuem o maior risco de desenvolver vício em videogames e sugeriu ainda que quanto maior a gravidade dos sintomas do TDAH, maior a gravidade do vício em videogame, independente do gênero do jogo ⁹.

Basgul *et. al.* (2020) apresentaram como resultado que crianças com diagnóstico de TDAH têm risco maior de desenvolver dependência de jogos do que crianças saudáveis, além disso, crianças que preferem jogos de tiro, de ação e de corrida tem uma maior incapacidade de parar de jogar quando comparadas às outras crianças ¹⁰.

Uma pesquisa feita por Lee e colaboradores (2018) descobriu uma associação entre o hábito de fumar cigarro, jogar videogame e ser portador de TDAH. Quanto maior a sintomatologia do TDAH maior o tempo que a pessoa gasta com videogame. Caso os pacientes apresentem os três dados há uma grande chance de apresentarem uso problemático de videogames ¹⁷.

O estudo de Vasilis *et. al.* (2019) confirmou que jogadores de jogos “*Massively Multiplayer Online*” (MMO), jogos onde múltiplos jogadores jogam ao mesmo tempo participando de competições e lutas entre si, através de conexão com a internet, portadores de TDAH com sintomatologia desatenta possuem mais comportamentos relacionados à IGD. Além disso, portadores de TDAH com maior sintomatologia hiperativa-impulsivo possuem maior risco de desenvolver os sintomas da IGD ¹⁸.

Na tabela 2, estão resumidos os resultados encontrados dos malefícios do videogame no TDAH, além de estarem informados o título, os autores e o ano de publicação.

Quadro 2 – Estudos relatando os malefícios dos jogos de Videogame

Tipo de Estudo/ Amostra	Resultados	Autor/ Ano publicação
Estudo Transversal/2.801 adultos com idade média de 22 anos	Homens entre 16-21 anos e portadores de TDAH possuem maior risco de desenvolver vício em videogames e sugeriu ainda que quanto maior a gravidade dos sintomas do TDAH, maior a gravidade do vício em videogame, independente do gênero do jogo.	Christine L. Mathews, Holly E. R. Morrell & Jon E. Molle / 2018

Estudo Controle/ 200 crianças de idade entre 10 a 13 anos	Apresentou como resultado que crianças com diagnóstico de TDAH têm risco maior de desenvolver dependência de jogos do que crianças saudáveis, além disso, crianças com TDAH que preferem jogos de tiro, de ação e de corrida tem uma maior incapacidade de parar de jogar quando comparadas às outras crianças.	Şaziye Senem Başgöl, Bengi Bekar, Melek Gözde Luş / 2020
Estudo Transversal / 2.801 adultos com idade de 18 a 57 anos	Foi descoberto uma associação entre o hábito de fumar cigarro, jogar videogame e ser portador de TDAH. Quanto maior a sintomatologia do TDAH maior o tempo que a pessoa gasta com videogame. Caso os pacientes apresentem os 3 dados há uma grande chance de apresentarem uso problemático de videogames	Hyo Jin Lee, Denise D. Tran, and Holly E.R. Morrell / 2018
Estudo Transversal / 621 adultos com idade de 18 a 29 anos	Jogadores de MMO portadores de TDAH com sintomatologia desatenta possuem mais comportamentos relacionados à IGD. Portadores de TDAH com maior sintomatologia hiperativa-impulsivo possuem maior risco de desenvolver os sintomas da IGD.	Vasilis Stavropoulou, Baxter L.M. Adamsb, Charlotte L. Beardc, Emma Dumblea, Steven Trawleya, Rapson Gomezd, Halley M. Pontes / 2019

Fonte: Elaborado pelos autores.

6. DISCUSSÃO

Os artigos utilizados neste trabalho indicam que de acordo com o gênero do jogo, pode haver diferentes benefícios. Granic *et. al.* (2013), em seus trabalhos, relataram que jogos de tiro foram associados a uma maior atenção por parte dos jogadores, quando comparados com indivíduos que jogam outros gêneros. Esse fato pode ser explicado pelas rápidas alterações de cenários, a qual os jogadores estão sujeitos, com a necessidade de rápida tomada de decisão e campos visuais mais longos. Por isso esses jogadores precisam estar sempre atentos, sempre direcionando sua atenção para o que é mais necessário naquele momento. Jogos de RPG e de Puzzle estão sempre levando os jogadores a momentos de frustração, devido às mudanças nos quebra cabeças e no modo de jogo, fazendo com que os jogadores sempre necessitem encontrar novas formas de lidar com determinados problemas e também que aprendam a lidar com suas frustrações, para que consigam avançar nesses

jogos. Jogos de quebra cabeça, com interface mínima, fácil e rápido acesso geram no jogador sensações positivas, podendo afastar a ansiedade e ocasionando certo grau de relaxamento ¹².

Outro estudo foi feito a partir de uma intervenção utilizando um jogo chamado “*Braingame Brian*”, com 43 crianças participantes portadoras de TDAH, sendo o estudo feito através de 25 sessões com duração de 40 minutos. Essas crianças foram separadas em um grupo experimental, com 21 crianças, e um grupo controle, com 22 crianças. Após as sessões, foi relatado pelos pais uma melhora na sintomatologia do TDAH e das funções executivas dos participantes do grupo experimental, em comparação com o grupo controle e essas melhorias relatadas ainda perduraram por 9 semanas. Além disso, nesse estudo, os autores também relatam que as crianças portadoras de TDAH, ao jogarem videogames, podem manter atenção durante mais tempo, por estarem focadas em algo que gostam, fenômeno chamado Hiperfoco ¹⁶.

Por não serem vistos como uma obrigação, mas sim como um meio de passar o tempo e de divertimento, métodos de tratamento que envolvem videogames tendem a ser mais bem aceitos e a ter uma maior taxa de adesão por parte das crianças, o que abre portas para novas possibilidades de tratamento ⁴.

Os “*exergamings*” unem o divertimento gerado pelos videogames e a melhoria na saúde promovida pelos exercícios físicos, além de estar associada a treinamento cognitivo. Essa forma de atividade gera uma maior participação e adaptação dos jogadores às atividades, devido ao conhecido estímulo de recompensa dos videogames. Em um estudo com 51 crianças, de idade entre 8 e 12 anos, diagnosticadas com TDAH, foi feita uma intervenção através de um jogo de Kinect do Xbox (Microsoft), chamado “*Shape Up*”, que é um jogo de movimentação corporal. Nesta intervenção foram feitas 3 sessões por semanas, com duração de 30 minutos cada, por 8 semanas. Neste estudo foi computada uma melhora de funções executivas e motoras do grupo experimental, que participou das sessões de jogo ¹¹.

Além de artigos que relatam benefícios acerca dos videogames em pacientes portadores de TDAH, foram avaliados estudos que discutem os já populares malefícios que os jogos trazem a esses indivíduos, através do método científico. O estudo do Matthew *et. al.* (2018) feito com 2801 participantes, com idade média de 22 anos e predominância do sexo masculino, feito através de uma pesquisa online, demonstrou a relação do vício de videogames com portadores de TDAH. Nesse sentido, indivíduos com maior sintomatologia de TDAH têm maiores riscos de desenvolverem sintomas de vício como irresponsabilidade devido aos jogos, não conseguir parar de jogar em horário

estabelecido, dificuldade em diminuir o tempo de jogo e até apresentar sinais clínicos de vício. Além disso, nesse estudo é apontado que jovens entre 16 e 21 anos e pacientes com diagnóstico de TDAH têm um risco aumentado para desenvolver dependência do videogame ⁹.

Basgul *et. al* (2020) fez um estudo com 100 crianças, de idades entre 10 e 13 anos diagnosticadas com TDAH e um grupo de controle com 100 crianças saudáveis com idades entre 10 e 13 anos sem nenhum diagnóstico psiquiátrico. Esse estudo, foi feito através de um questionário com 21 itens e cada item pode ser pontuado de 1 a 5 pontos, e com a somatória dos pontos podemos delimitar qual é o nível de dependência ao jogar videogames. Além disso, crianças com TDAH que preferem jogos de tiro, de ação e de corrida tem uma maior incapacidade de parar de jogar quando comparadas às outras crianças do grupo controle ¹⁰.

Novamente, foi observado que crianças com TDAH possuem maiores probabilidades de dependência aos jogos quando comparadas a indivíduos da mesma faixa etária que não possuem tal comorbidade. A explicação para o dado estatístico consiste na capacidade de ativação do sistema de recompensa encefálico, especificamente o sistema límbico, área essa responsável pelos sentimentos, incluindo o prazer. Nesse sentido, a interação com o vídeo game proporciona um aumento de atividade cerebral produzindo uma elevação dos níveis dopaminérgicos na fenda sináptica, sendo este um neurotransmissor que atua de forma direta na via do prazer. Dessa forma, o estímulo do sistema límbico condiciona os indivíduos a repetirem as ações para serem novamente sensibilizados, instaurando um quadro de dependência. Importante ressaltar que a base fisiopatológica anteriormente descrita não se restringe apenas aos jogos de videogame, mas englobam os jogos de azar e substâncias químicas ¹⁰.

O estudo de Lee *et.al.* (2019) evidenciou que quanto maior a sintomatologia do TDAH maior o tempo que a pessoa gasta com videogame. Nesse sentido, paciente que apresentam sintomatologia de TDAH, tabagistas e que joguem videogames estão diretamente relacionados com PVGU, e por se tratar de um vício há, liberação de dopamina e ativação sistema de recompensa podendo assim o PVGU ser explicado por essa hipótese. Foi demonstrado também que há uma mudança no sistema de recompensa dos pacientes com PVGU semelhante a pacientes com dependência de drogas quando comparado a pacientes saudáveis ¹⁷.

IGD é um transtorno relacionado ao uso dos videogames online. Essa condição já se encontra descrita no DSM V, sendo preconizada como forma de diagnóstico ter ao menos 5 de 9 critérios descritos: 1) preocupação com videogames; 2) Aparecimento de sintomas de abstinência ao serem retirados os

videogames; 3) Tolerância aos videogames, sendo necessário cada vez uma dose maior de tempo gasto com eles; 4) Tentativas sem sucesso de controlar o tempo gasto neles; 5) Desinteresse em outros hobbies; 6) Uso excessivo e contínuo de videogames apesar de problemas gerados por eles; 7) Formulação de mentiras a familiares e terapeutas ao ser questionado sobre a quantidade que joga; 8) Videogame como válvula de escape para humor negativo; 9) Aparecimento de problemas sociais, educacionais ou laborais devido ao videogame ¹⁸.

Vasilis *et. al.* (2019) realizaram um estudo com 163 australianos e 457 norte americanos com intuito de analisar a correlação entre sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade e IGD. Nesse sentido, pacientes com maiores sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade apresentaram uma maior desordem relacionada aos jogos. De acordo com esse estudo, os sintomas desatentos e a ligação com maiores comportamentos de IGD podem estar associados e se explicarem, uma vez que nos jogos de MMO existem sistemas de recompensas à medida que você progride, além das respostas imediatas que sempre são fornecidas por esses jogos. Esses jogos ainda podem estimular o vício, tendo em vista que portadores de sintomatologia desatenta do TDAH geralmente referem que os estímulos da vida real são desestimulantes, e por isso muitas vezes os jogos ainda funcionam como uma válvula de escape para os problemas que a desatenção gera nesses pacientes, em suas vidas reais. Ainda nesse trabalho, foi referido que portadores de TDAH com sintomatologia majoritariamente impulsiva e hiperativa foram associados à piora dos comportamentos de IGD. Isso seria explicado devido à piora da impulsividade ocasionada pelas recompensas imediatas proporcionadas pelos jogos MMO. Essa impulsividade em conjunto com o imediatismo proporcionado culmina em uma piora do controle que a pessoa tem de seus próprios comportamentos, no caso o vício nos jogos de videogame ¹⁸.

7. CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, foram encontrados benefícios referentes ao uso de videogames em pacientes com TDAH, havendo melhoras dos sintomas, que variam de acordo com o gênero jogado, proporcionando diferentes impactos na vida dos indivíduos. Além disso, os videogames se mostraram uma forma eficaz de intervenção, não sendo vistos como uma imposição, mas sim como um momento de lazer. Em contrapartida com os benefícios encontrados, já é de conhecimento geral que jovens possuem uma maior tendência de desenvolvimento de vícios em geral, inclusive em videogames. De maneira coincidente, durante as pesquisas realizadas foi encontrada uma maior tendência dos pacientes com TDAH desenvolverem algum vício, o que também é verdade para os videogames. Logo,

pacientes jovens e com diagnóstico de TDAH, tem uma chance aumentada de desenvolvimento de dependência relacionada aos videogames, podendo evoluir com o diagnóstico de IGD.

Existem malefícios envolvendo o TDAH e o uso de videogames, porém como visto nos estudos, o uso bem controlado, com aproximadamente 3 dias na semana, entre 30-40 minutos a cada dia, gera diminuição na sintomatologia do TDAH. Não se sabe até quanto tempo jogado a mais são mantidos os benefícios sem apresentar evolução para dependência. Mais estudos se fazem necessários para avaliar até quanto tempo a mais jogado continua com os benefícios e se não cursa com dependência por parte do portador desse transtorno.

8. REFERÊNCIAS

1. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Epidemiology and pathogenesis - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-epidemiology-and-pathogenesis?source=history_widget
2. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?search=tdah&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
3. Shaffer D., Castellanos X. F., Frick J.P., et. Al. Transtornos do Neurodesenvolvimento. TDAH. In: First B. M., Ward N. M., editors. Psychiatric Association A. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5a Edição. Porto Alegre: Editora Artmed; 2014. 59-65.
4. Peñuelas-Calvo I, Jiang-Lin LK, Girela-Serrano B, Delgado-Gomez D, Navarro-Jimenez R, Baca-Garcia E, et al. Video games for the assessment and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Springer; 2020.
5. Ashinoff BK, Abu-Akel A. Hyperfocus: the forgotten frontier of attention. Vol. 85, *Psychological Research*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2021.
6. Kato PM, Cole SW, Bradlyn AS, Pollock BH. A video game improves behavioral outcomes in adolescents and young adults with cancer: A randomized trial. *Pediatrics*. 2008;122(2).
7. Leite LC., *Jogos Eletrônicos Multi-Plataforma, Compreendendo As Plataformas de Jogo e seus Jogos Através de Uma Análise em Design*. Rio de Janeiro: PUC Rio de Janeiro. 2006.
8. Riley D., In-Depth View of Brazil's Gaming Population [Internet]. Nova York: NPD Group; Atualizada em 12 de outubro de 2015; Acesso em 21/06/2021. New Report from The NPD Group Provides In-Depth View of Brazil's Gaming Population; [Aproximadamente 4 páginas]. Disponível em: <https://www.npd.com/wps/portal/npd/us/news/press-releases/2015/new-report-from-the-npd-group-provides-in-depth-view-of-brazils-gaming-population/>.
9. Mathews CL, Morrell HER, Molle JE. Video game addiction, ADHD symptomatology, and video game reinforcement. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019;45(1):67–76.
10. Basgul SS, Bekar B, Lus MG. Associations between Computer Game Addiction and Attention Deficit and Hyperactivity Disorder - An Emprical Study. *ADDICTA Turkish J Addict*. 2020;7(2):122–8.
11. Benzing V, Schmidt M. The effect of exergaming on executive functions in children with ADHD: A randomized clinical trial. *Scand J Med Sci Sport*. 2019;29(8):1243–53.
12. Granic I, Lobel A, Engels RCME. The benefits of playing video games. *Am Psychol*. 2014;69(1):66–78.

13. Franceschini S, Gori S, Ruffino M, Viola S, Molteni M, Facoetti A. Action video games make dyslexic children read better. *Curr Biol*. 2013 Mar 18;23(6):462–6.
14. Clemenson GD, Stark CEL. Virtual Environmental Enrichment through Video Games Improves Hippocampal-Associated Memory. *J Neurosci*. 2015;35(49):16116–25.
15. Jackson LA, Witt EA, Games AI, Fitzgerald HE, Von Eye A, Zhao Y. Information technology use and creativity: Findings from the children and technology project. *Comput Human Behav*. 2012 Mar;28(2):370–6.
16. van der Oord S, Ponsioen AJGB, Geurts HM, Brink ELT, Prins PJM. A Pilot Study of the Efficacy of a Computerized Executive Functioning Remediation Training With Game Elements for Children With ADHD in an Outpatient Setting: Outcome on Parent- and Teacher-Rated Executive Functioning and ADHD Behavior. *J Atten Disord*. 2014;18(8):699–712.
17. Lee HJ, Tran DD, Morrell HER. Smoking, ADHD, and Problematic Video Game Use: A Structural Modeling Approach. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 2018;21(5):281–6.
18. Stavropoulos V, Adams BLM, Beard CL, Dumble E, Trawley S, Gomez R, et al. Associations between attention deficit hyperactivity and internet gaming disorder symptoms: Is there consistency across types of symptoms, gender and countries? *Addict Behav Reports*. 2019;9(January):100158.

Capítulo 4



10.37423/220606028

O USO DE ANTIPSICÓTICOS DE AÇÃO PROLONGADA E SUA IMPORTÂNCIA PARA ADESÃO MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA

Gabriela Cordeiro Costa

*CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO
HORIZONTE*

Isabela Galantini Silveira

*CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO
HORIZONTE*



Resumo: INTRODUÇÃO: A adesão dos pacientes psiquiátricos ao tratamento é um grande desafio na prática clínica psiquiátrica. Em se tratando da Esquizofrenia, doença muito prevalente, presente em cerca de 29 milhões de pessoas no mundo, a taxa de não aderência chega a 60%. Dessa forma, diversos Antipsicóticos de ação prolongada (AP) foram desenvolvidos com o intuito de alcançar a adesão desejada, através da cobertura medicamentosa por um longo período de tempo. OBJETIVO: Apresentar uma síntese sobre prós e contras dos antipsicóticos AP em relação aos mesmos medicamentos orais no manejo da Esquizofrenia. METODOLOGIA: Pesquisa bibliográfica através do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e seus sites aliados. RESULTADOS E CONCLUSÕES: Este estudo demonstrou que existem evidências de que o uso das preparações AP otimizou diversos desfechos investigados, resultando em menores taxas de recidivas sintomáticas, menores taxas de reinternação e, principalmente, maior adesão medicamentosa. No entanto, a superioridade estatística não é bem consolidada e ainda são necessários estudos futuros de alta qualidade que avaliem o tratamento da esquizofrenia com apresentações AP comparado às prescrições orais.

Palavras-chave: Antipsicótico; Preparações de ação prolongada; Esquizofrenia.

1. INTRODUÇÃO

O surgimento dos Antipsicóticos de ação prolongada (AP) foi revolucionário no combate à baixa aderência medicamentosa, um dos principais fatores associados ao curso recidivante da doença (BECHELLI, 2003). A esquizofrenia é muito prevalente, presente em cerca de 29 milhões de pessoas no mundo (BAWEJA, 2012). Ademais, é apontada entre as 20 principais causas incapacitantes na população mundial (OSTUZZI, 2017). O manejo clínico desta pode ser desafiador, tanto por particularidades dos pacientes, quanto pelo perfil de exaustão dos cuidadores. Em relação à dificuldade para alcançar a adesão desejada, a esquizofrenia perde apenas para tratamentos de redução de peso. Isso demonstra a importância do tema, posto que a falha em seguir o tratamento proposto está diretamente relacionada à pior evolução da doença (KANE, 2006).

Esse trabalho tem como objetivo esclarecer prós e contras associados ao uso dos antipsicóticos AP, em comparação aos medicamentos orais, visando elucidar o real impacto da terapia de AP no tratamento da esquizofrenia.

2 . METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, retrospectiva do tipo qualitativa, realizada entre fevereiro e março de 2021, destinada a analisar e descrever estudos nacionais e internacionais. Foram utilizadas como bases de dados, para a busca bibliográfica, o Portal da Biblioteca Virtual em Saúde, o PubMed e seus sites aliados. Primeiramente, foi realizada uma confirmação dos descritores apropriados na busca de artigos relevantes para o trabalho por meio do vocabulário disponível no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), sendo esses "Antipsicótico", "Preparações de ação prolongada" e "Esquizofrenia" e seus correspondentes em inglês "Antipsychotic", "Long-acting preparations" e "Schizophrenia".

Dessa forma, foram encontrados um total de 447 artigos que apresentavam combinações dos descritores nas bases de dados consultadas. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos disponíveis na íntegra em concordância com a temática e artigos nas modalidades revisão sistemática, revisão não- sistemática, estudo de coorte, caso-controle, ensaio clínico e diretriz. Além disso, foram excluídos os artigos indisponíveis na íntegra, repetidos e que não atendiam os objetivos da pesquisa, restando apenas 15 artigos que contemplavam os objetivos do estudo. Os autores foram responsáveis por selecionar os estudos por meio de

protocolo padronizado, estabelecido em consenso antes do início das buscas nas bases de dados, visando melhor qualidade e redução de possíveis vieses.

Diante disso, vale ressaltar que o pedido de pesquisa não é prático, portanto, há isenção ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3 . RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as evidências atuais, um tratamento contínuo desde as fases iniciais da esquizofrenia representa um ponto chave para o sucesso terapêutico. O tratamento nestes termos possibilita a preservação de habilidades neurocognitivas, a prevenção de mudanças estruturais do cérebro, e evita a progressão para a deterioração funcional crônica (OSTUZZI, 2017). Contudo, a adesão ao tratamento medicamentoso é um grande desafio. Na esquizofrenia, a taxa de não aderência à terapêutica medicamentosa oral chega a 60% (TAVARES, 2016; VELLIGAN D, SAJATOVIC M, 2020). Dados apontam que 16 a 23% dos pacientes psicóticos em tratamento enfrentarão recaída em 1 ano, enquanto, sem medicamentos, este número chega a 53 a 72% (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Portanto, além de aumentar o número de recidivas da doença, a interrupção do tratamento pode promover a deterioração de funções cognitivas e comportamentais do paciente e agravar o quadro clínico inicial, além de aumentar o risco de suicídio nesta população (TAVARES, 2016; POLONI N et al., 2019).

Dentre os fatores que podem comprometer a adesão medicamentosa ideal dos pacientes esquizofrênicos, destacam-se: o pensamento prejudicado, a dificuldade de memória e a falta de crítica de morbidade. Assim, o uso de antipsicóticos de depósito é um grande aliado para o manejo da esquizofrenia, não só por dispensar a tomada diária da medicação, como também por reduzir as dúvidas sobre a administração da dose correta do medicamento - quase nulas com a escolha da via intramuscular. (MARCUS S et al., 2015).

Nesse contexto, os antipsicóticos de depósito foram desenvolvidos na década de 1960 com o intuito de garantir cobertura por um longo período de tempo e, assim, reduzir complicações (ABHIJNHAN, 2007). As preparações, em sua maioria, são injetadas via intramuscular em uma área de tecido muscular de grande extensão, e são absorvidas lentamente pelo sangue. A sua farmacocinética é tal que uma injeção intramuscular administrada em intervalos de 1 a 4 semanas produzirá concentrações plasmáticas adequadas suficientes para prevenir recidivas no intervalo entre as doses (SPANARELLO, 2014). Alguns dos antipsicóticos disponíveis em preparações AP em nosso meio são: enantato de flufenazina (anatsol depot), decanoato de haloperidol (haldol decanoato), decanoato de

zuclopentixol (clopixol depot), palmitato de pipotiazina (piportil L4) e penfluridol (semap), risperidona (Risperdal Consta). Todos são administrados por via intramuscular, exceto o penfluridol, cuja administração é oral (BECHELLI, 2003). Formulações de decanoato podem ser ministradas com menos frequência do que as de enantato, posto que são absorvidas de forma mais lenta (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Nos últimos anos, tem sido sugerido que as diferenças farmacocinéticas associadas à via de administração também podem compor as possíveis vantagens das formulações AP sobre as orais. A biodisponibilidade mais alta das formulações AP pode ajudar a reduzir a dose terapêutica, minimizando os níveis séricos tóxicos desnecessários da droga. Além disso, uma flutuação reduzida dos níveis séricos da droga e, portanto, uma ocupação mais estável dos receptores podem reduzir os eventos adversos, incluindo, por exemplo, sintomas motores, um problema desafiador com formulações orais. Essas diferenças farmacocinéticas podem impactar principalmente a tolerabilidade dos antipsicóticos, o que pode, por sua vez, afetar a adesão e eficácia geral. Não está claro, no entanto, se esses benefícios teóricos também são sustentados por estudos clínicos comparando as duas formulações (AP versus oral) do mesmo antipsicótico (OSTUZZI, 2017).

É usual na prática clínica da esquizofrenia iniciar a terapia antipsicótica com doses mais baixas e aumentá-la conforme necessário, devido aos efeitos colaterais da medicação. Tratando-se da terapia AP, esta prática torna-se ainda mais importante devido a forma de absorção do fármaco, que pode ser mais rápida no início do tratamento. Tal particularidade pode resultar em episódios graves de distonia, que acabam por desencorajar a adesão adequada à terapêutica. Ainda, com apresentações AP, pode demorar até 6 meses para que níveis séricos em estado de equilíbrio sejam alcançados, sendo indicado que a terapia oral seja continuada ao menos durante o primeiro mês do tratamento (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Por fim, ressalta-se que embora não seja mandatório estabilizar um paciente com preparação oral de fármacos antes de iniciar a forma de depósito, é recomendável administrar pelo menos uma dose do medicamento via oral, para avaliar as possibilidades de efeitos adversos, como sintomas extrapiramidais severos ou uma reação alérgica. (BECHELLI, 2003).

Comparada com a substância oral, a formulação de depósito apresenta menos efeitos colaterais extrapiramidais e propicia melhor adesão ao tratamento, podendo ser utilizada tanto no manejo agudo quanto crônico dos transtornos psicóticos (NETO; SHIRAKAWA, 2010). Em um estudo de coorte realizado entre julho e dezembro de 2013 na Suécia com pacientes que receberam diagnóstico de esquizofrenia, o uso de antipsicóticos AP foi associado a um risco de hospitalização 14% a 49% menor

em relação aos períodos sem tratamento antipsicótico. Comparando com o uso dos mesmos medicamentos na formulação oral, também houve associação a um risco de hospitalização significativamente menor (RUBIO JM; CORRELL CU, 2018). Corroborando com o estudo apresentado, Tiihonen et al (2017), demonstrou que o uso de medicamentos antipsicóticos AP está associado a um risco de reinternação 20% a 30% menor em comparação com formulações orais equivalentes. Dessa forma, a terapia de AP permite que um maior número de doentes seja mantido em tratamento ambulatorial, no ambiente familiar e social, com maior tranquilidade para a família do doente (BECHELLI, 2003).

Ademais, do ponto de vista de saúde pública, o uso de antipsicóticos de depósito, (administrado em um intervalo de 15 a 30 dias), permite maior regularidade do tratamento e torna mais econômica a vigilância sanitária. (BACHELLI, 2003). De acordo com Tiihonen et.al (2017), visitas mais frequentes a um profissional de saúde para a aplicação intramuscular do medicamento aumentam custos, mas a economia significativa pela diminuição da reinternação faz com que o efeito econômico seja positivo. Restam como desvantagens conhecidas dos antipsicóticos AP, principalmente: dor no local da injeção, falta de flexibilidade nos ajustes de dose e a percepção dos pacientes de estigma e coerção (OSTUZZI, 2017).

Por outro lado, a revisão sistemática com metanálise de OSTUZZI et al., 2017, analisou os dados de 18 estudos comparando as apresentações AP com a formulação oral dos mesmos antipsicóticos, incluindo mais de 5000 participantes. O número de desistências de tratamento por qualquer motivo (desfecho primário) não difere entre as duas formulações, exceto para um pequeno efeito em favor do aripiprazol AP. As desistências por qualquer motivo foram escolhidas como resultado primário pois podem ser conceituadas como um fator pragmático de tolerabilidade e eficácia. A revisão concluiu que não há evidências sólidas para apoiar os médicos na escolha de apresentações AP em detrimento de formulações orais para obter melhor tolerabilidade e eficácia. Vale ressaltar que de acordo com a abordagem GRADE (classificação das recomendações, avaliação, desenvolvimento e avaliação) apenas os dados referentes ao aripiprazol eram de alta qualidade. No que se refere à contraposição entre os antipsicóticos, EDWARDS et al., 2005 desenhou um estudo prospectivo de 1 ano realizado nos Estados Unidos, cujos resultados demonstraram que a risperidona AP foi associada a uma menor taxa de recaída necessitando de internação, comparada ao haloperidol decanoato, e à olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona e aripiprazol orais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta revisão constataam que a relação entre o uso de antipsicóticos AP e uma melhor resposta terapêutica no tratamento da esquizofrenia é defendida na literatura por variados autores. Há evidências de que o uso das preparações AP otimizou diversos desfechos investigados, resultando em menores taxas de recidivas sintomáticas, menores taxas de reinternação e, principalmente, maior adesão medicamentosa. Contudo, alguns trabalhos recentes colocam em questionamento a real superioridade estatística da terapia AP. Portanto, para que a preferência por esta terapia obtenha maior respaldo científico, são necessários estudos futuros de alta qualidade que avaliem o tratamento da esquizofrenia com apresentações AP, comparado às prescrições orais. Todavia, é incontestável que o uso oportuno de antipsicóticos AP pode representar um grande aliado no tratamento da esquizofrenia. Assim, a escolha da formulação antipsicótica deve ser baseada em um processo de tomada de decisão compartilhado, levando em consideração perfil e preferências dos pacientes e cuidadores, assim como potenciais riscos de má adesão identificados.

REFERÊNCIAS

- 1- ABHIJNHAN, Akhil et al. Depot fluspirilene for schizophrenia. Cochrane database of systematic reviews, n. 1, 2007. Disponível em
 <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001718.pub2/epdf/standard>>. Acessado em 10 mar 2021.
- 2- BAWEJA, Raman; SEDKY, Karim; LIPPMANN, Steven. Long-acting antipsychotic medications. Current drug targets, v. 13, n. 4, p. 555-560, 2012.
- 3- BECHELLI, Luiz Paulo de C. Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia: Parte I. Fundamentos do seu desenvolvimento, benefícios e nível de aceitação em diferentes países e culturas. i Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 11, n. 3, p. 341-349, 2003.
- 4- CORRELL, Christoph U.; RUBIO, Jose M.; KANE, John M. What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia?. World Psychiatry, v. 17, n. 2, p. 149-160, 2018.
- 5- EDWARDS, Natalie Christine et al. Cost effectiveness of long-acting risperidone injection versus alternative antipsychotic agents in patients with schizophrenia in the USA. Pharmacoeconomics, v. 23, n. 1, p. 75-89, 2005.
- 6- KANE, John M. Review of treatments that can ameliorate nonadherence in patients with schizophrenia. The Journal of clinical psychiatry, v. 67, n. suppl 5, p. 9-14, 2006.
- 7- NETO, Ary Gadelha de Alencar Araripe; SHIRAKAWA, Itiro. Tratamento farmacológico da esquizofrenia. Neurociências, v. 6, n.3, p. 184-193, 2010.
- 8- OSTUZZI, Giovanni et al. "Does formulation matter? A systematic review and meta-analysis of oral versus long-acting antipsychotic studies." Schizophrenia research v. 10, n. 183, p 10-21, 2017.
- 9- POLONI, Nicola et al. Oral antipsychotic versus long-acting injections antipsychotic in schizophrenia spectrum disorder: a mirror analysis in a real-world clinical setting. Psychopharmacology bulletin, v. 49, n. 2, p. 17, 2019.
- 10- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- 11- SPANARELLO, Stefano; FERLA, Teresa La. The pharmacokinetics of long-acting antipsychotic medications. Current Clinical Pharmacology, v. 9, n. 3, p. 310-317, 2014.
- 12- TIIHONEN, Jari et al. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. JAMA Psychiatry. vol 74, n 7, p 686-693 , 2017
- 13- TAVARES, Felipe de Medeiros. Manejo do primeiro episódio psicótico com antipsicótico de ação prolongada (LAT): superando paradigmas. Suplemento Farmacologia Clínica, v. 5, n. 1, 2016.
- 14- VELLIGAN, Dawn; SAJATOVIC, Martha. A program to increase the appropriate use of long-acting antipsychotic medications in community settings. Schizophrenia Bulletin, v. 46, n. 1, p. 322-323, 2020.

Capítulo 5



10.37423/220606030

UMA ANÁLISE SOBRE O PERFIL PSICOLÓGICO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL (SERIAL KILLER)

Bianca de Nazaré Gonçalves Simões

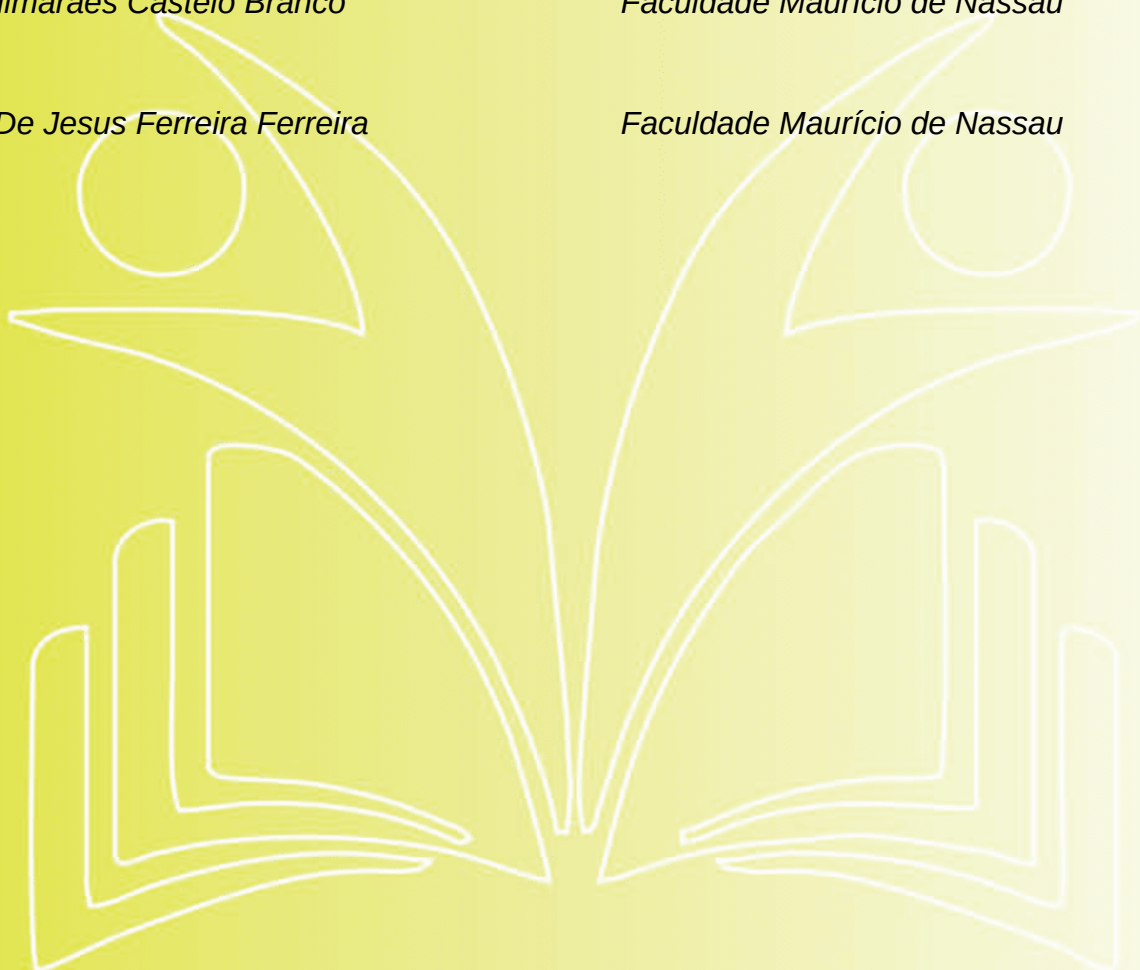
Faculdade Maurício de Nassau

Luciane Guimarães Castelo Branco

Faculdade Maurício de Nassau

Valdemira De Jesus Ferreira Ferreira

Faculdade Maurício de Nassau



Resumo: Este artigo foi elaborado a partir de uma pesquisa bibliográfica qualitativa, realizada em livros e artigos científicos clássicos ou recentemente publicados nos seguintes sites: Google acadêmico e Scielo. O estudo descreve sobre um tema de grande relevância: O transtorno de personalidade antissocial: Os serial killers, sujeitos com perfis psicopatológicos, considerados com graves distúrbios mentais e clinicamente perversos. Apresentam-se em todas as partes da sociedade, porém, nem sempre é possível conseguir identificá-los, pois uma das características dessas pessoas é o fato de conseguirem disfarçar bem o transtorno. O trabalho elucidará este tipo de manifestação antissocial, expondo as principais características que estes sujeitos possuem e as possibilidades possíveis de intervenção psicoterápica no processo de recuperação.

Palavras-chave: Transtorno de personalidade antissocial, Comportamento antissocial, Serial killer.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho que tem como tema Uma Análise sobre o Perfil Psicológico da Personalidade Antissocial (Serial Killer), promove discussões teóricas sobre o conceito de psicopatia, que surge na Medicina Legal. As primeiras descrições surgem por volta de 1809 através dos estudos do médico francês Phillipe Pinel (1745-1826), que introduziu o conceito de “insanidade sem delírio”.

Contudo, o conceito de psicopatia e o uso dessa nomenclatura só se estabeleceram a partir do trabalho de Hervey Cleckley (1941). A partir da segunda metade do século XX iniciaram-se esforços para construir instrumentos de mensuração da psicopatia, definindo melhor o construto e permitindo pesquisas de caráter correlacional e experimental. Nesse contexto, torna-se necessária uma reflexão a respeito do que é o construto do conceito de psicopatia, e em especial, do serial killer e o que os estudos científicos mais recentes têm a dizer a respeito, na tentativa de desmistificar e desestigmatizar essa condição.

O presente artigo tem por objetivo retomar o construto da psicopatia, apresentando a sua história em terminologia e características diagnósticas, aliando-as com achados científicos recentes, provenientes das neurociências, de experimentos e de estudos meta-analíticos. Para, por fim apresentar e analisar os aspectos relacionados ao transtorno de personalidade antissocial (serial killer).

No decorrer do curso de psicologia, tivemos contato com o assunto tratado neste artigo, despertando assim nosso interesse e nos levando a optar em desenvolver essa pesquisa, pois percebemos que fazer uso desse conceito de forma correta pode aguçar a curiosidade e o interesse de novas pesquisas, em especial os que apresentam o transtorno de personalidade antissocial (serial killer), diminuindo a resistência de muitos pesquisadores em participar de estudos sobre essa temática que desenvolve esse aspecto. Portanto, nos propomos a buscar resposta(s) ao seguinte questionamento: Quais as contribuições da psicologia no processo de diagnosticar e de tratamento das pessoas com transtorno de personalidade antissocial (serial killer)?

Responder a esta questão é fundamental neste estudo, torna-se elemento de suma importância, pois certamente traz importantes contribuições, tanto para as próprias pesquisadoras, como para os demais envolvidos no tratamento desses indivíduos, à medida que vislumbra uma melhor aplicabilidade das estratégias para um melhor desenvolvimento dos tratamentos do transtorno de personalidade antissocial de forma global e significativa.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral analisar o perfil psicológico do serial killer de forma que possa facilitar o tratamento e o desenvolvimento dele, por meio de estímulos e recursos adequados. E como objetivos específicos: compreender o conceito de psicopatia e o transtorno de personalidade antissocial (TPA); reconhecer a importância da evolução do conceito de psicopatia e o transtorno de personalidade antissocial (TPA) no decorrer da história para estimular o desenvolvimento de novos tratamentos para pessoas com esses transtornos; refletir e investigar as características e comportamentos predominantes do serial killer e de que forma podem ser tratados.

A metodologia utilizada neste trabalho é a pesquisa teórica a partir de revisão bibliográfica e documental, com abordagem de caráter analítico qualitativa, composta por duas etapas, sendo estas: levantamento bibliográfico sobre a temática, leitura, fichamento e análise dos textos, assim como a devida produção dos textos com o debate e análises.

A pesquisa é um processo fundamental para o desenvolvimento de conhecimentos e evolução social, daí a necessidade de se entender a importância de uma pesquisa de natureza teórica a partir de uma revisão bibliográfica. Esse tipo de pesquisa auxilia na escolha de um método mais apropriado. É desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, impressos ou digitais.

O presente trabalho está organizado em seis capítulos: o primeiro aborda a metodologia da pesquisa e sua importância, as técnicas de coletas de dados e os referenciais teóricos a respeito do que é psicopatia e o transtorno de personalidade antissocial (TPA). No segundo capítulo abordar-se sobre o conceito de psicopatia e o transtorno de personalidade antissocial (TPA), ressaltando o contexto histórico e as características das pessoas com esses transtornos. No terceiro capítulo faz-se uma análise do perfil psicológico da personalidade antissocial social (Serial Killer), suas características e sintomas. Nos últimos capítulos é feita uma análise do diagnóstico e tratamento, além do prognóstico desse transtorno. Concluindo o trabalho com as considerações finais.

2 PSICOPATIA E O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL

Neste capítulo foram abordados os referenciais teóricos sobre psicopatia e o transtorno de personalidade antissocial (TPA), a partir das concepções dos autores como: Hare (2013), Perez (2012), Pemment (2013), Salvador-Silva (2014), Costa (2018) e outros. A partir de uma revisão bibliográfica e documental, que é parte fundamental da pesquisa, é possível perceber que ao longo do tempo várias

foram as denominações utilizadas para determinar esses transtornos, variando de acordo com cada autor.

2.1 ETIOLOGIA

De acordo com Costa (2018), “preliminarmente, a definição de psicopatia abrange tanto na análise da etimologia da palavra que derivada do grego significa enfermidade da alma, como também abrange o termo médico caracterizado pelo desvio de personalidade cumulada com ausência de remorso nas ações do portador.” Ainda segundo Costa (2018), esse transtorno também pode ser entendido,

Conforme o dicionário Aurélio, a psicopatia é a “designação genérica das doenças mentais, desequilíbrio patológico no controle das emoções e dos impulsos, que corresponde frequentemente a um comportamento antissocial,” onde ainda coexiste a incapacidade de amar ou dificuldade de perdurar laços afetivos. Em consonância com o conceito dado a psicopatia na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), temos in verbis: “301.7- Transtorno de Personalidade antissocial Característica essencial: padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que inicia na infância ou no começo da adolescência e que continua na idade adulta. Sinônimos: psicopatia, sociopatia ou transtorno de personalidade dissocial” (COSTA, 2018).

Costa (2018), seguindo de um olhar mais clínico, aponta que esse transtorno pode ser considerado, de acordo com [...]

[...] a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), é palpável a utilização de diversos sinônimos para o Transtorno da Personalidade Antissocial (TPAS), não obstante, a palavra “psicopatia” é comumente ligada a este transtorno, sendo inclusive chamada de Transtorno de Personalidade Dissocial (código F60.2), apesar de costumeiramente distinguir as definições de psicopatia das definições de distúrbio de personalidade antissocial (COSTA, 2018).

Esse entendimento, apesar de ser uma caracterização geral e não poder ser chamada de “psicopatia”, de acordo com Costa (2018, p.10), “tem sua relação com a de Philippe Pinel (1745 – 1826), no início dos anos 1800, quando ele a denominou de “manie sans délire” (insanidade sem delírio).” Essa caracterização foi advinda da observação de determinados pacientes que repetidamente apresentavam comportamentos antissociais e imorais, apesar de manter a capacidade de raciocínio intacta.

Pinel assim nomeou esses indivíduos insanos (manie), nos quais não havia qualquer indício de confusão mental ou psicose (sans délire). Influenciado pelo trabalho de Pinel, James Cowles Prichard (1786 – 1848) descreve a “insanidade moral,” referindo-se a sujeitos com desordem emocional ao invés de intelectual (HOPPENBROUWERS; BULTEN; BRAZIL, 2016).

No começo dos anos de 1900, como afirma Costa (2018, p.14), “Emil Kraepelin (1856 – 1926) reconheceu a existência de criminosos que aparentavam estar imunes aos efeitos da punição e que tinham personalidades deficientes em volição e afeto, buscando refinar a descrição inicial de Pinel.”

Entretanto, foi com Hervey Cleckley (1903 – 1984) que o termo “psicopatia” finalmente foi utilizado, ganhando força em seu livro “The Mask of Sanity” (port. A Máscara de Sanidade) escrito em 1941, foi a primeira tentativa de produzir critérios diagnósticos organizados para o diagnóstico de tal. Nele Cleckley descrevia sujeitos inteligentes, com pobreza emocional, sem senso de vergonha, egocêntricos, com charme superficial, ausência de culpa e ansiedade, imunes à punição, irresponsáveis, imprevisíveis, manipuladores e com um estilo de vida interpessoal transiente. Ele remarca que esses sujeitos não necessariamente eram violentos ou criminosos, podendo ser advogados e até psiquiatras.

Na década de 60 Robert Hare (1934 –) se interessa pelo assunto e dá início as suas pesquisas na área da psicopatia, tornando-se a atual referência no assunto. Hare teve um importante papel no desenvolvimento de pesquisas da condição, escrevendo artigos e livros sobre o assunto, além da produção da ferramenta diagnóstica de psicopatia mais conhecida e utilizada na atualidade: o Psychopathy Checklist, ou PCL, em 1980, seguido da sua revisão PCL-Revised de 2013 (COSTA, 2018, Pag.16).

Outro autor que nos remete a essa nomenclatura (Alexandra e Lopes, 1989; Skeem et al., 2011), para o autor:

O termo “psicopatia”, de forma literal, significa “doença mental” (psique, significando “mente,” e pathos, “doença”). Entretanto no contexto clínico e acadêmico ele é utilizado com significado diferente, referindo-se a indivíduos com comportamentos específicos, e não aos diversos tipos de doenças mentais. Utilizado geralmente de forma intercambiável é o termo “sociopatia,” que foi inicialmente cunhado por Birnbaum em 1909, com o propósito de remarcar a origem social de comportamentos antissociais.

Seguindo essa linha de pensamento Hare (2013), também comenta acerca desse tema, pois segundo ele, especialmente os sociólogos utilizam essa nomenclatura para remarcar uma origem inteiramente social, enquanto os que acreditam na interação biológica, psicológica e genética utilizam o termo psicopatia.

Santos (2018), afirma que apesar de serem utilizados de forma intercambiável, alguns autores remarcam a importância da distinção entre os termos sociopatia e psicopatia. Pois esses transtornos apresentam algumas características distintas quando estudadas de forma mais específicas. Hunter

(2010), escreve que é útil pensar a psicopatia como produto da genética, principalmente, enquanto a sociopatia está mais sujeita as influências ambientais.

De forma semelhante, Salvador-Silva (2014), comenta que não se deve confundir os termos, remarcando a influência das circunstâncias sociais no caso da sociopatia, e psicopatia como uma característica nata do indivíduo. Dentro do bojo destas nomenclaturas ainda surge espaço para a sociopatia adquirida que segundo Pemment (2013):

[...] o termo “sociopatia adquirida” [...] foi inicialmente utilizado por António Damasio ao descrever o caso de um paciente com lesões no córtex orbitofrontal, o que ocasionou mudanças de comportamento que se assemelhavam aos dos psicopatas, o que também ocasionou no cunho do termo “pseudopsicopatia.”

De acordo com Cleckley (1988), outra terminologia adotada para referir-se à psicopatia é o “transtorno de personalidade antissocial”, ou simplesmente TPA, descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ou DSM (American Psychiatry Association - APA, 2014). Em sua primeira edição de 1952, a psicopatia, ou “personalidade psicopática” era passível de ser diagnosticada, mas logo na sua revisão no mesmo ano o termo foi substituído por “personalidade sociopática.”

Em 1968, na sua segunda edição, a terminologia foi mudada para “personalidade antissocial,” mantendo-se nas próximas versões. Na sua quinta edição é mencionada que o TPA também já foi “referido como psicopatia, sociopatia ou transtorno de personalidade dissocial” (American Psychiatry Association APA, 2014 p. 659).

Diversos autores notam que a psicopatia não deve ser confundida com o transtorno de personalidade antissocial, devendo conceituá-la como traço de personalidade, enfatizando características afetivas e interpessoais, com psicopatas não necessariamente tendo o TPA (ALEXANDRA; LOPES, 1989), a fim de destituir o construto de características necessariamente criminosas.

3 ANÁLISE DO PERFIL PSICOLÓGICO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL (SERIAL KILLER)

Neste capítulo caracterizou-se o perfil psicológico da personalidade antissocial do serial killer no contexto científico, para estimulação e aprendizagem de estudiosos desse tipo de transtorno psicológico, embasados na literatura vigente e de como ela pode auxiliar os profissionais de saúde para o desenvolvimento global desses indivíduos, não somente no seu processo de tratamento, mas em todos os momentos em que esteja no contexto social podendo se expandir até seu ambiente familiar.

3.1 SERIAL KILLER

O termo “Serial Killer” não é antigo e pode-se afirmar que foi dito pela primeira vez por Robert Ressler, ex-diretor de um programa do FBI direcionado a criminosos perigosos (CASOY, 2004, p. 15). Para os propósitos deste estudo, o termo serial killer será usado para se referir somente a homens que cometeram três ou mais homicídios sexuais seriados, separados por intervalos variados de tempo (MORANA et al., 2006, pag. 6). Ainda de acordo com os autores, existem vários fatores biológicos, psicológicos e sociológicos relevantes para homicídio sexual seriado. Para Casoy (2001, p. 10)

[...] temos casos específicos, nomes, histórias, atos, autos, quem foi, relação das vítimas, época dos crimes, *modus operandi* e a psicótica *assinatura pessoal* na cena do crime, a marca registrada de cada um. Assusta saber que *serial killer* existe em profusão na sociedade, e as mulheres sempre são consideradas problema para ele. De Jack, o Estripador, em plena Inglaterra vitoriana, ao Unabomber contemporâneo.

Existem alguns serial killers com tendência decididamente sádica, sem que tenham história de sofrimento de abuso na infância. O seu caminho para o sadismo não é claro, embora possa ser uma combinação entre um extremo narcisismo e uma configuração cerebral onde as regiões relacionadas a empatia estejam significativamente deficientes, o que levaria o homicida a uma total indiferença ao sofrimento de suas vítimas. Entre os mais sádicos dos seriais killers, existem vários que experimentam grande violência e humilhação nas mãos de um ou de ambos os pais, embora existam também aqueles que não vivenciaram este tipo de experiência violenta (MORANA et al., 2006, pag. 6).

É necessário dizer que conceituar o ser-humano em sua mais ampla diversidade já pode ser considerado uma tarefa delicada, porém é ainda mais difícil atribuir um conceito sobre determinado grupo de pessoas que não apresenta apenas uma personalidade, mas várias. É por isso então que conceituá-los não foi uma coisa fácil a se fazer e pessoas tiveram que morrer para que o conceito fosse trazido (ALMEIDA; MADRID, 2015. Pág. 6).

Segundo Soares e Bonvicini (2017, Pág. 26), o TPA se manifesta em graus distintos em cada pessoa e, desse modo, a expressão psicopatia não é mais aplicada em termos de diagnóstico. As autoras afirmam que, “apenas em âmbito forense, quando por sua condição, o indivíduo apresenta um alto nível de periculosidade.”

De acordo com Almeida e Madrid (2015. pág. 22), é muito importante frisar que um assassino em série pode ser definido através de várias características, porém, muitas delas podem ser adquiridas por eles e por isso não é correto dizer que uma pessoa já nasce destinada a ser um “Serial Killer.” Outro autor que trata da caracterização desses indivíduos é Carvalho (2006) ao afirmar que:

Um *serial killer* tem a necessidade de criar e elaborar na sua cabeça, rituais que marcam e simbolizam seus crimes, antes de praticá-los. Detalhes são calculados e muito bem estudados, até falhas e pistas deixadas por estes, são assinaturas. Maneiras que eles têm de fazer da sua obra, um cenário que vislumbra e demarcam personagens de caça e caçador, em que ora ele é a caça, ora ele é o caçador. Existem também seriais que não seguem um padrão específico ao cometerem seus atos, mas que também exige uma preparação e uma determinação deles, para cometerem tais crimes (CARVALHO, 2006).

De acordo com Silva e Panucci (2016), os serial killers são aqueles chamados também de criminosos em série, esses criminosos em série são aqueles que reincidem nos crimes cometidos, com algum lapso temporal entre eles. São personalidades difíceis de serem definidas e detectadas no meio social. Segundo a definição de Casoy (2002, p. 16), serial killer:

[...] são indivíduos que cometem uma série de homicídios durante algum período, com pelo menos alguns dias de intervalos entre eles. O espaço de tempo entre um crime e outro os diferencia dos assassinos de massa, indivíduos que matam várias pessoas em questões de horas (CASOY, 2002, p. 16).

Para se estudar esses indivíduos é preciso reconhecê-los, pois de acordo com Silva e Panucci (2016, p. 15), os seriais killers podem ser classificados em quatro espécies: (1) Visionários: é um agente totalmente insano e psicótico, ouve vozes e em alguns casos pode sofrer de alucinações ou visões; (2) Missionários: são aqueles que externamente não parecem ser psicopatas, mas dentro dele tem o sentimento de justiça para com o que julga errado, na maioria dos casos é escolhido um grupo específico para cometer os homicídios; (3) Emotivos: são sujeitos que matam por prazer, diversão, utilizando métodos mais cruéis; (4) Libertinos: esses são os assassinos sexuais, aqueles que sentem prazer sexual ao matar sua vítima, sendo que seu prazer está direcionado ao sofrimento da vítima.

Tendo como base essa classificação a autora, a partir de seus estudos, afirma que é possível traçar pontos em comum entre essas características, pois segundo ela “há um ponto em comum entre as quatro espécies de serial killer que é o sadismo, a desordem” (CASOY, 2002, p. 16).

Ainda segundo a autora, baseada nos estudos do Dr. Joel Norris, PhD em Psicologia, os atos do serial killer possuem fases, que de acordo com os estudos o classificou em: fase áurea, fase de pesca, fase galanteadora, fase da captura, fase do assassinato ou totem e por último a fase da depressão. E quando o assassino entra no estado de depressão, volta novamente para a fase áurea. Essa fase se inicia com a perda da realidade pelo assassino e termina com a depressão do assassino depois que ele cometeu o homicídio (CASOY, 2002, p. 17).

Outras autoras que visam fazer uma classificação desses indivíduos são Marta e Mazzoni (2009), pois segundo elas, esses indivíduos

[...] dividem em dois tipos os assassinos em série, dependendo de sua forma de atuação. O primeiro é chamado de *serial killer* organizado, pois são mais astutos, acompanham de perto o trabalho da polícia sobre seus crimes, preparam a cena do crime, dificilmente deixam vestígios no local do crime que possam identificá-los, porque, geralmente, são orgulhosos e encaram o crime como um jogo. Do segundo grupo participam os assassinos desorganizados: neste perfil, os *serial killers* são mais impulsivos e pouco cuidadosos, atuam em seus crimes sem se preocupar com erros e rastros e, geralmente, não se preocupam em acompanhar a investigação criminal de seus crimes (MARTA; MAZZONI 2009, p. 16).

Para tanto, é fundamental que se perceba as diferenças desse tipo de transtorno no campo de estudo e, acima de tudo, tenha formação para conviver e trabalhar com as particularidades de cada indivíduo diagnosticado com esse tipo de transtorno. Cabe aqui evidenciar o termo “diferenciar”, o qual nos remete a inúmeras interpretações, sendo que o mais importante se refere ao “fazer diferente,” no momento certo, adequado, mas para isso, o profissional psicólogo tem que ser sensível para assim perceber, sentir tais diferenças e contorná-las no tratamento. E mais, é preciso, acima de tudo, estar disposto a correr riscos e assumi-los com responsabilidades em prol de uma prática diferenciada quando se trata desse novo olhar sobre o processo de tratamento dos indivíduos com transtorno de personalidade antissocial (serial killer).

4 DIAGNÓSTICO

De acordo com Morana et al. (2006, pág. 76), “o diagnóstico dos transtornos de personalidade (TP) é, ainda hoje, de difícil identificação pelos psiquiatras.” Contudo, Aguiar e Decarlo (2020, pág.119), definem que para ser diagnosticado como um psicopata, o indivíduo deve apresentar os seguintes sintomas, considerando o DSM-5 (2012/2013):

A. Não se adequar às normas sociais de comportamento; B. Infringir normas que podem resultar em detenção; C. Tendência à falsidade, uso de mentiras e trapaça para obter vantagem em algo; D. Impulsividade ou insucesso em planejar o futuro; E. Excitabilidade e hostilidade, marcado por constantes agressões físicas e lutas corporais; F. Indiferença pela sua segurança e a dos outros; G. Irresponsabilidade reiterada, não conseguindo manter conduta consistente; H. Incapacidade de cumprir com deveres financeiros; I. Falta de remorso; J. Agir de maneira indiferente ou racionalizada sobre ferir, maltratar, roubar (AGUIAR; DECARLO, 2020, pág.119).

“Para se identificar ou diagnosticar um indivíduo psicopata, este deverá se encaixar de forma significativa no perfil, em outras palavras, quando possuir a maioria dos aspectos supramencionados.”

Neves e Melo (2017, Pág.4)

Em face desse entendimento:

O profissional da saúde deve ter em mente que, para fechar o quadro de psicopatia, o indivíduo em questão deva ter histórico de alguns dos sintomas antes dos 15 anos de idade, possuir comportamento persistente de violar regras e ignorar o direito do próximo. Por questões éticas, jovens menores de 18 anos não podem receber o diagnóstico de psicopatia, dado que o cérebro ainda está em formação e um precipitado parecer médico pode “rotular” o jovem, influenciando os próximos anos de sua vida. Antes dos 18 anos, a nomenclatura utilizada, portanto, deve ser Transtorno de Conduta (AGUIAR; DECARLO, 2020, pag. 119).

Os autores também descrevem que “especialistas utilizam a escala Hare PCL-R (Psychopathy checklist-revised), desenvolvida pelo psicólogo Robert D. Hare para diagnosticar a psicopatia e o nível em cada indivíduo.” Ou seja, é necessário que sejam utilizados testes, exames, dentre outros recursos disponíveis com a finalidade de obtenção de um diagnóstico preciso. Logo:

A escala é aplicada da seguinte forma: entrevista semiestruturada para investigar histórico familiar, pessoal, social e antecedentes criminais. Além disto, possui mais 20 itens que englobam questões comportamentais, aspectos positivos e pessoais, que serão pontuados de 0 (zero) a 2 (dois), levando em conta os seguintes fatores: o primeiro diz respeito aos aspectos positivos e extroversão; o segundo leva em conta agressividade, violência, raiva, impulsividade, criminalidade, ansiedade e tendência ao suicídio (AGUIAR; DECARLO, 2020, PÁG.119).

Portanto,

A avaliação deste quadro é delicada e requer cautela, sendo realizada por um profissional qualificado que use recursos como entrevista estruturada e semiestruturada, além da escala Hare PCL-R (Psychopathy checklist-revised). Pode se fazer também uso de algum exame de imagem de correlato neural, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada (AGUIAR; DECARLO, 2020, Pág. 120).

No que se refere ao exame pericial, segundo Morana et al. (2006. Pág. 77), “no exame pericial, é fundamental a observação atenta do comportamento do examinando, desde o momento de sua entrada na sala de exame.” Ou seja, isso dará possibilidades para uma melhor compreensão da importância em analisar e levar em consideração o padrão de comportamento do indivíduo, ou mudança que possa vir a ocorrer. Pois, segundo os autores, “no próprio relacionamento perito-periciando, é possível perceber alguns sinais que revelam uma personalidade transtornada com características antissociais ou mesmo psicopáticas.” Vale lembrar que, os exames psicológicos serão de extrema aplicabilidade no tocante ao processo de investigação do transtorno de personalidade (TP).

É importante destacar que “Serials killers”, que significa assassinos em série, ou assassinos que cometem vários homicídios, é um termo não utilizado no Brasil, pois, o sistema jurídico-penal

brasileiro não considera crimes contínuos e sim mais um crime na estatística” (CARVALHO, 2006, Pág. 26). Na realidade, “Assassino em série” é de certa forma um termo novo utilizado para nomear esta categoria de indivíduos. Haja vista, a nomenclatura ter surgido somente algumas décadas atrás. Nota-se que executar crimes envolve vários elementos, entre eles, culturais, sociais e da história de vida de cada pessoa. Desta maneira:

Os seriais killers, em grande parte, podem ser diagnosticados como psicopatas, criminosos que não são considerados insanos, pois diferenciam o certo do errado, entretanto não conseguem seguir as normas estabelecidas na sociedade. (MATOS et al. 2018, Pág. 109 apud Schechter, 2013.)

Ademais:

Para que um indivíduo seja definido como um assassino serial, é necessário que sua motivação para o cometimento do crime seja destacada, o que na maioria das vezes é de caráter psicológico, ou seja, advém de fantasias e de desejos internos do agressor, o que na maioria das vezes é encarado como algo ilógico para outras pessoas. (PAULA et al. 2019, Pag. 44 apud Cordeiro e Muribeca, 2017.)

Em virtude disso, torna-se claro que quase sempre o motivo é psicológico, ou seja, de ordem subjetiva, além do comportamento apresentado pelo homicida e a elucidação física notada nas cenas dos crimes.

Segundo o Crime Classification Manual, do FBI para enquadrar um criminoso como um assassino em série deve-se considerar 3 elementos: quantidade, pelo menos três homicídios; evento, os assassinatos devem ocorrer em eventos diferentes; e tempo, deve haver um intervalo de tempo entre os assassinatos, podendo ser de horas a anos. As últimas duas características são essenciais para distingui-los dos assassinos em massa (MATOS, et al. 2017, Pág. 109 apud Schechter, 2013).

É necessário entender então que todo “Serial killer” é considerado um psicopata, mas nem todo psicopata pode ser considerado um “Serial Killer” (ALMEIDA; MADRID, 2016. Pág. 16, apud SILVA 2008, p.12).

5 TRATAMENTO

De acordo com Silva e Panucci (2016, pág. 12), “nesse campo da medicina psiquiátrica e medicina legal há uma grande discussão e debate entre os profissionais dessas áreas.” Desse modo, alguns especialistas defendem a ideia de não haver cura para o transtorno em questão, ou seja, “não existe comprovação com um real resultado de que é possível a recuperação da pessoa com psicopatia através de tratamentos psiquiátricos ou psicológicos.” (SILVA; PANUCCI, 2016, pág.12). Contudo, mesmo sem existir tal comprovação, ainda sim estes indivíduos poderão ser submetidos a algum tipo de tratamento.

Caso sejam confinados (p. ex., internados em um hospital), pacientes com transtorno da personalidade antissocial frequentemente se tornam receptivos a psicoterapia. Quando o indivíduo sente que está entre pares, sua falta de motivação para mudança desaparece. Talvez, por esse motivo, grupos de mútua ajuda são mais úteis do que o cárcere para atenuar o transtorno. Antes que o tratamento possa ter início, é fundamental estabelecer limites firmes. O terapeuta deve encontrar formas de lidar com o comportamento autodestrutivo do paciente. Para superar seu medo de intimidade, o terapeuta deve frustrar o desejo do indivíduo de se esquivar de encontros humanos sinceros. Ao fazê-lo, o terapeuta encara o desafio de separar controle de castigo e de separar auxílio e confrontação de isolamento social e represália. A farmacoterapia é usada para lidar com sintomas incapacitantes como ansiedade, raiva e depressão, mas, como os pacientes com frequência abusam de substâncias, os fármacos devem ser usados de forma criteriosa. Caso um paciente mostre evidências de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, psico estimulantes como metilfenidato podem ser úteis. Foram realizadas tentativas de alterar o metabolismo de catecolamina com fármacos e de controlar o comportamento impulsivo com antiepiléticos, como carbamazepina ou valproato, por exemplo, especialmente quando foram identificadas formas de onda anormais no EEG. Antagonistas dos receptores β -adrenérgicos foram usados para reduzir agressividade. (SADOCK, 2017, pág.749).

Faz-se necessário compreender também que, segundo Silva e Panucci (2016, pág.13),

(...) alguns métodos de tratamento utilizados em outros criminosos, não são indicados para eles, pois podem ajudar a aprimorar os métodos do psicopata de manipular a sua vítima. Esses sujeitos necessitam de uma vigilância e supervisão muito severa, comparada com o resto dos outros criminosos, devido que se houver falhas os resultados podem ser catastróficos. Entretanto atualmente as medidas punitivas aplicadas aos psicopatas não possui muita eficácia, pois mesmo com as medidas aplicadas, os agentes tendem a reincidir suas condutas delituosas (SILVA; PANUCCI, 2016, pág.13).

Segundo Neves e Melo (2017, Pág. 15), “do olhar jurídico, a psicopatia não possui tratamento e no sistema carcerário o portador da mesma é visto como irrecuperável.” Possivelmente pelo fato de não demonstrar qualquer tipo de arrependimento. Ainda nesse contexto, os autores frisam que “a dificuldade não é somente em identificá-los, mas também em ajudar a justiça brasileira quanto ao lugar mais adequado destes indivíduos e como tratá-los.”

Apesar de ser quase que consenso ao redor de todo o mundo a impossibilidade de recuperação, quando crianças ou adolescentes essa possibilidade existe, apesar de não serem tão altas as chances de recuperação (ALMEIDA; MADRID, 2016, Pág. 20).

É na infância e adolescência que o comportamento de todo ser humano é moldado àquilo que é considerado certo ou errado em sociedade, o que deve ser ensinado por seus pais ou responsáveis e por isso a possibilidade de tratamento é infinitamente maior quando crianças uma vez que nessa idade ainda existe uma possibilidade muito grande de conseguir alterar o seu comportamento, porém isso não é feito com frequência, pois é muito difícil

distinguir crianças mal educadas de crianças com distúrbios” (ALMEIDA; MADRID, 2016, PÁG. 21).

Assim sendo, ao que parece a possibilidade de recuperação para essas pessoas é inexistente, em razão de não serem capazes de ter sentimentos, o que dificulta qualquer tipo de tratamento para “cura” deles. (ALMEIDA; MADRID, 2016, Pág. 23).

Quanto ao Prognóstico, na visão de Sadock (2017, Pag. 749),

Quando um transtorno da personalidade antissocial se desenvolve, segue um curso ininterrupto, sendo que o auge do comportamento antissocial normalmente ocorre no fim da adolescência. O prognóstico varia. Há relatos que indicam a redução dos sintomas com a idade. Muitos pacientes apresentam transtorno de sintomas somáticos e diversas queixas físicas. Transtornos depressivos, transtornos por uso de álcool e abuso de outra substância são comuns (SADOCK, 2017, Pag. 749).

Dessa forma, o padrão comportamental antissocial permanece até a vida adulta, a pessoa acometida pelo transtorno via de regra não obtém recuperação, independente de realizar tratamentos (psicoterapia, farmacoterapia, entre outros) com a finalidade de uma melhor adaptação às normas de convivência em sociedade. Conforme o DSM-5 (2014, Pág. 661)

O transtorno da personalidade antissocial tem um curso crônico, mas pode se tornar menos evidente ou apresentar remissão conforme o indivíduo envelhece, em particular por volta da quarta década de vida. Embora essa remissão tenda a ser especialmente evidente quanto a envolvimento em comportamento criminoso, é possível que haja diminuição no espectro total de comportamentos antissociais e uso de substância. Por definição, a personalidade antissocial não pode ser diagnosticada antes dos 18 anos de idade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho que teve como tema Uma Análise sobre o Perfil Psicológico da Personalidade Antissocial (serial killer), promove discussões teóricas sobre o conceito de psicopatia, que surge na Medicina Legal através dos estudos de Phillippe Pinel. O objetivo deste estudo foi retomar o conceito de psicopatia apresentando a sua história, alinhando-as com achados científicos mais recentes para, por fim, analisar o perfil psicológico da personalidade antissocial (serial killer).

Levando-se em consideração o que foi argumentado, não existe ainda um estudo conclusivo com relação ao TPA precisamente os serial killers. Ressalta-se ainda que, não se deve confundir os termos Transtorno de personalidade antissocial e psicopatia, remarcando-a como uma característica nata do indivíduo e a personalidade antissocial como um transtorno propriamente dito. Observou-se a relevância em aprofundar maiores conhecimentos acerca do comportamento destes indivíduos,

considerados frios e calculistas, além da grande dificuldade em identificá-los, em razão de não demonstrarem sua real personalidade e o risco que podem representar as suas vítimas, uma vez dispondo de inteligência e sedução para atraí-las. Nesse sentido, torna-se importante um cuidado maior por parte do profissional da saúde, ao diagnosticar esses pacientes. Diante do contexto, considera-se relevante a compreensão de que nem toda pessoa com traços de psicopatia em sua personalidade é um serial killer, em vista disso, nem sempre chegam a violência, dependendo de cada caso, nem todos os assassinos em série podem ser doentes mentais.

As possibilidades de tratamento psicológicos e psiquiátricos existem, contudo, a tendência é que estes sujeitos sigam permanentemente desempenhando o mesmo padrão de comportamento, como ausência de emoção e sentimentos de empatia ou culpa. Ressalta-se que os serial killers podem aparentar sanidade ao praticarem seus crimes, entretanto, podem também apresentar nível de consciência bastante reduzido.

Desse modo, o TPA pode sofrer modificações em graus conforme cada pessoa, Assim sendo, torna-se pertinente que mais estudos sejam realizados na área em questão, para que o assunto seja compreendido de maneira acessível sem provocar convicção errônea ou conceitos equivocados a respeito do tema.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Ângela Maria. DECARLO, Victor Baddini. Psicopatia revelando mitos e verdades por trás do diagnóstico. Rev. Eletrônica do instituto de humanidades, Universidade Unigranrio. Vol. 24 n 50. P116-129. 2020.
- ALEXANDRA, A.; LOPES, C. Análise Da Figura Do Psicopata Sob O Ponto De Vista Psicológico-Moral E Jurídico-Penal. p. 17–18, 1989.
- ALMEIDA, B. C. de; MADRID, F. M. L.; Serial Killers: Um Caso Incurável? Encontro de iniciação científica, ETC, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. The people behind DSM-5. p. 1–2, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION APA. DSM-V-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. [s.l: s.n.]. 2014.
- CARVALHO, C. A. A. de; A Subjetividade do Serial Killer. Centro Universitário de Brasília – UNICEUB Faculdade de Ciências da Saúde – FACS Curso de Psicologia, Brasília – DF, nov. /2006.
- CASOY, I. Killer: made in Brasil. São Paulo. Arx. 2002.
- CASOY, I. Serial Killers: louco ou cruel? 7ªed. São Paulo. Madras, 2004.
- CASOY, I. Serial Killer: Louco ou Cruel. Ed. W. V.C, São Paulo, 12 de setembro de 2001.
- CLECKLEY, H. (1941). The mask of sanity (5ª ed.). St Louis, MO: Mosb.
- COSTA, B. O. K. L Psicopatia: Revisão Teórica e Implicações. Universidade Federal de Sergipe. Centro de Educação e Ciências Humanas Departamento de Psicologia São Cristóvão, 2018.
- DSM. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - 5. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- HARE, R. D. Sem consciência: o mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós. [s.l.] Artmed Editora, 2013.
- HOPPENBROUWERS, S. S.; BULTEN, B. H.; BRAZIL, I. A. Parsing fear: A reassessment of the evidence for fear deficits in psychopathy. Psychological Bulletin, v. 142, n. 6, p. 573–600, 2016.
- HUNTER, P. The psycho gene. EMBO reports, v. 11, n. 9, p. 667–669, 2010.
- LAGOS, A. da S.; SCAPIN, A. L. Transtorno de Personalidade Antissocial e Serial Killers: Uma Revisão da produção acadêmica. REVISTA UNINGÁ, [S.l.], v. 53, n. 1, jul. 2017. ISSN 2318-0579. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1409>>. Acesso em: 10 set. 2021.
- MARTA, T. N.; MAZZONI, H. M. O. Assassinos em série: uma questão legal ou psicológica? Revista USCS, São Caetano do Sul, v. 1. n. 17, p. 21-37, jul/dez, 2009. MATOS, B. S.; GOMES, K. M.; LLANOS, Y. J. H. A Existência de Serial Killers nos Séculos Xv e XVI: estudo de caso. Revista Faz Ciência, [S. l.], v. 19, n. 29, p. 105, 2018. DOI: 10.48075/rfc.v19i29.18365. Disponível em: <<https://e-revista.unioeste.br/index.php/fazciencia/article/view/18365>>. Acesso em: 30 set. 2021.

MORANA, C. P. Identificação para o ponto de corte PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois sub tipos de personalidade - transtorno global e parcial. Out, 2014.

MORANA, H. C P et al. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers (Personality disorders, psychopathy and serial killers). Rev. Bras. Psiquiatr. 2006;28(Supl. II):S74-9.

NEVES, B. E. S.; MELO, M. T. F. A Responsabilidade Penal do Psicopata “Serial Killer” à Luz do Sistema Jurídico Brasileiro. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário, área do Conhecimento de Ciências Sociais Aplicadas, curso de Direito. 18-f. Várzea Grande – Mt 2017.

PAULA, J. S. de.; SARDINHA, L. S. LEMOS, V. A. Personalidade do Psicopata que comete assassinatos em série. Rev. Braz Cubas. v 8. n. 8, p. 39-48 2019.

PEMMENT, J. Psychopathy versus sociopathy: Why the distinction has become crucial. Aggression and Violent Behavior, v. 18, n. 5, p. 458–461, 2013.

PEREZ, P. R. The etiology of psychopathy: A neuropsychological perspective. Aggression and Violent Behavior, v. 17, n. 6, p. 519–522, 2012.

SADOCK, B. J. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre. Artmed, 2017.

SALVADOR-SILVA, R. Psicopatia e Reconhecimento de Faces Emocionais em Presidiárias. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Faculdade de Psicologia; Programa de Pós-graduação em Psicologia; Mestrado em Psicologia; Porto Alegre. Janeiro, 2014. SANTOS, C. A psicopatia e seus reflexos na legislação penal: imputabilidade versus semi-imputabilidade. Âmbito Jurídico, 117. 2018.

SILVA, T. C. O. A da; PANUCCI, J. A. A. A Mente Psicopática do Serial Killer. Encontro de iniciação científica - ETC, 2016. SKEEM, J. L.; POLASCHEK, D. L. L.; PATRICK, C. J.; LILIENFELD, S. O. Psychopathic Personality. Psychological Science in the Public Interest, v. 12, n. 3, p. 95–162, 2011. SOARES, V. M. S.; Bonvicini, C. R. Transtorno de Personalidade Antissocial. Rev. Psicol Saúde e Debate. Nov., 2017;3 (Supl. 1):26-27. (DSM-5, 2014).

Capítulo 6



10.37423/220606166

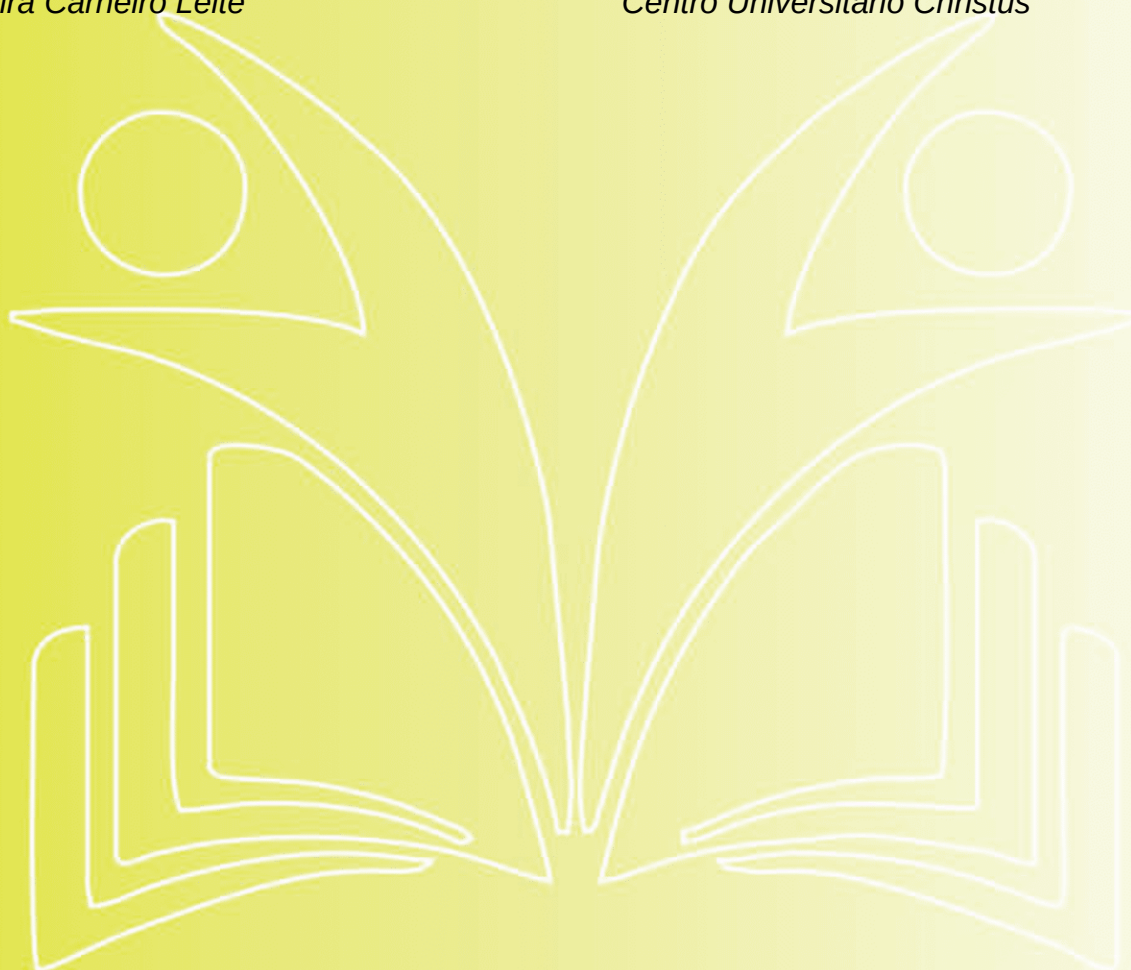
ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI: UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

Beatriz Dantas Porto Joventino

Centro Universitário Christus

Darla Moreira Carneiro Leite

Centro Universitário Christus



Resumo: O objetivo deste texto é discutir à luz da psicanálise a problemática dos adolescentes em conflito com a lei e compreender as contribuições da psicanálise na interface jurídica. Para isso, além dos textos clássicos de Freud e Lacan foi realizada uma busca em bases de dados da SCIELO e LILACS utilizando as palavras-chave ‘adolescentes’, ‘conflito com a lei’ e ‘psicologia’. Apesar da quantidade de artigos que abordam o assunto ser incipiente, foi possível denunciar alguns dados comuns do contexto social dos adolescentes, como famílias com baixo nível socioeconômico, em sua maioria filhos de pais separados e a falta da figura paterna ou de autoridade, sem frequentar a escola e alto índice de envolvimento com substâncias psicoativas. A psicanálise compreende a adolescência como uma fase do desenvolvimento com suas particularidades. Enfatizamos como o adolescente lida com os limites, ademais, a psicanálise irá intervir acerca da responsabilização para além de uma culpabilização, visando uma mudança de lugar psíquico que os permita vislumbrar diversas escolhas.

Palavras-chave: Adolescentes. Conflito com a lei. Psicanálise. Psicologia.

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo presente estudo manifestou-se a partir da experiência de Estágio Básico I, no sétimo semestre do curso de Psicologia, cujo campo de atuação foi o Núcleo de Atendimento aos Jovens e Adolescentes em Conflito com a Lei – NUAJA, da Defensoria Pública do Estado do Ceará. Este núcleo oferece assistência psicossocial para a população que cumpria medidas socioeducativas e seus familiares. Ao entrar em contato com essa realidade, surgiu o interesse em aprofundar os estudos sobre adolescentes e o conflito com a lei. Chamava-me atenção o que de fato os havia levado a cometerem os delitos. Fomos instigadas a pesquisar, teoricamente, nos construtos da Psicanálise a partir de Freud e Lacan e seus comentadores. Dito isto, a pergunta de partida para deste trabalho foi: Qual a leitura psicanalítica a respeito do adolescente em conflito com a lei?

A partir desta pergunta, buscamos na literatura científica artigos que tratassem do tema, e constatamos que poucos textos exploram este assunto. Por tal motivo, este trabalho é importante para a comunidade científica, pois lança mão de reflexões sobre psicanálise e adolescentes em conflito com a lei, o que também reverbera em benefícios para os adolescentes que são assistidos pelos equipamentos de medidas socioeducativas e afins.

O Ceará está em quarto lugar, atrás apenas de São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco, como o estado brasileiro com o maior número de adolescentes em centros socioeducativos, privados de liberdade de acordo com o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA. Em sua maioria, as infrações são cometidas por adolescentes de 16 a 18 anos e do sexo masculino. Ao serem julgados, eles são submetidos às medidas socioeducativas, regulamentadas e executadas pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, de acordo com a Lei n. 12.594 (BRASIL, 2012).

Rossato e Sousa (2014), amparados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990), definem que os adolescentes em conflito com a lei são indivíduos que cometeram uma infração, ou seja, crime ou contravenção penal visada pela legislação brasileira. Eles cumprem medidas socioeducativas sob a tutela da Justiça e da Assistência. As medidas socioeducativas direcionadas pelo ECA e SINASE não possuem finalidade de castigos ou punições, mas natureza pedagógica (MONTE et al., 2011).

Perante o exposto, além da carência de estudos mais atuais, torna-se relevante abordar essa temática uma vez que seus resultados podem colaborar para assegurar políticas públicas voltadas a essa população. Além disso, os dados dessa pesquisa podem ser úteis para instrumentalizar profissionais

que estejam envolvidos com a ressocialização dos adolescentes. Portanto, o objetivo deste texto é discutir à luz da psicanálise a problemática dos adolescentes em conflito com a lei e compreender as contribuições da psicanálise na interface jurídica.

2 MÉTODO

Para poder alcançar os objetivos propostos foi utilizado uma revisão de literatura a partir de textos de Freud, Lacan e artigos que pudessem contemplar a temática. Para isso, além dos textos clássicos de Freud e Lacan foi realizada uma busca em bases de dados da SCIELO e LILACS utilizando as palavras-chave ‘adolescentes’, ‘conflito com a lei’ e ‘psicologia’.

Foram encontrados ao todo 43 artigos, mas apenas 9 atendiam ao que foi buscado, os demais foram eliminados por serem artigos que não contemplavam a temática. Com relação a temática envolvida com a psicanálise foi encontrada uma amostra maior de artigos, principalmente de escritas atravessadas por conceitos Lacanianos, abordando acerca da responsabilização.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO

Ao abordar o contexto atual brasileiro é indispensável falar sobre a violência existente no cotidiano, ameaçando vidas diariamente, sem critérios de respeito em relação à humanidade, empatia, cidadania ou cuidado. O aumento de mortes ocasionadas por violência, no Brasil, é preocupante. Estudos indicam que os homicídios são causadores de grande parte das mortes externas e tem como principal alvo adolescentes e jovens adultos entre 14 e 24 anos, sendo que a maioria das mortes recaem no sexo masculino (PRIULI; MORAES, 2007).

Segundo Soares e Mendes (2017), o contexto familiar das crianças e adolescentes que se envolvem em atos infracionais geralmente está correlacionado a fatores em comuns como o fato de fazerem parte de famílias com baixo nível econômico e a falta da figura paterna ou de autoridade. A ausência paterna resulta em adolescentes criados por avós ou mães solteiras, que precisam dividir o tempo entre cuidar de casa e trabalhar, sem sobrar espaço para exercer também uma figura de autoridade. Isso pode contribuir para a desestrutura, sequelas e sofrimentos em toda família, incluindo o adolescente. A falta de alguém que ocupe o papel, impondo limites no desenvolvimento do jovem, deixa este sujeito vulnerável a vários fatores de risco e que são possíveis influências do comportamento transgressor.

Uma pesquisa realizada por Priuli e Moraes (2007) com adolescentes da cidade de São José do Rio Preto que estavam cumprindo medida socioeducativa de internação na Fundação Estadual do Bem-estar do Menor – FEBEM/SP, em 2003, aponta para jovens em quantidade significativa com 17 anos, próximos a atingirem a maioridade penal. A pesquisa mostrou que um quantitativo de 47,9% são filhos de pais separados, com 67% possuindo ensino fundamental incompleto e 83% não frequentavam a escola. O levantamento dessa pesquisa também denunciou que os adolescentes, em sua maioria, eram usuários de drogas.

Foucault (2014) atenta para diferentes significados do punir em uma sociedade. Na obra ‘Vigiar e Punir’, ele faz uma repescagem histórica sobre o suplício de forma dolorosa para ser exemplo, através do castigo-espetáculo utilizado para provocar o medo nos espectadores que presenciavam o horror vivenciado pelo acusado, envolvendo sempre o carrasco e o condenado. Com o tempo, foi-se observando que a execução pública era um pivô para a violência. Então, o filósofo constatou que própria condenação que marcará o indivíduo em conflito com a lei de forma negativa.

A partir do ECA (BRASIL, 1990), as medidas socioeducativas serão aplicadas de acordo com o ato infracional e devem variar entre advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviço à comunidade, liberdade assistida, implantação do regime de semiaberto ou internação no centro socioeducativo. Nos centros de internação, o tempo máximo é de 6 anos ou até o indivíduo atingir a maioridade penal e essas instituições possuem diversos objetivos de ressocialização para o adolescente em cumprimento da medida, possibilitando que eles pensem em diferentes caminhos a seguir ao saírem de lá.

A marca de uma infração atrapalha o processo de ressocialização do indivíduo, pois provoca receio e preconceitos, dificultando e reduzindo as possibilidades de se inserir em contextos sociais diferentes do anterior ao delito. Portanto, é preciso que o trabalho com os adolescentes não se resuma às questões sociais ou constitucionais, mas também psíquicas, para que possa haver uma transformação a partir do seu desejo de mudança.

Ainda que utilizem castigos punitivos ou recorram à violência, é sempre o corpo que está sendo visado. Como uma “economia política” do corpo, uma vez que são utilizados métodos como trancar e corrigir (FOUCAULT, 2014). Apesar do que é sentenciado pelo juiz e ainda que se cumpra a medida, Foucault (2014) sugere que a sociedade pensa que a pena sentenciada ao criminoso seria o modo de tratá-lo e, conseqüentemente, curá-lo.

Atualmente, não é permitido que ocorram violações físicas no sistema socioeducativo, como forma de punição. Castigos físicos não contribuem para uma transformação psíquica do indivíduo e nem garantem que ele sinta culpa por seus atos, pelo contrário, podem produzir agressividade, desejo de vingança e revolta.

Gurski e Strzykowski (2018) defendem que para além dos processos punitivos, é importante que existam espaços de fala e escuta desses jovens, acolhendo também os seus sofrimentos. Nesse processo de escuta e acolhimento pode ocorrer a possibilidade de ressignificação do modo como o adolescente se coloca nas situações de conflito, por exemplo, em alguns casos, deslocando-se do lugar de vítima da sociedade para o de responsável, autor do seu desejo e das suas escolhas de vida.

A partir do olhar psicanalítico, singular e crítico, é importante dar abertura para reflexões pluralistas frente à realidade brasileira envolvendo a população juvenil e como acontece sua relação com a lei, considerando as nuances reconhecidas na adolescência que é uma fase importante no desenvolvimento do indivíduo (GURSKI; STRZYKALSKI, 2018).

Considerando o alto índice de infrações envolvendo adolescentes, muito se discute sobre a redução da maioridade penal de 18 para 16 anos, além da tentativa de aumentar os períodos de cumprimento das medidas socioeducativas (ROCHA, 2013) como solução política. Acredita-se, possivelmente, que será uma maneira estratégica de diminuir estes índices, revestido por um discurso conservador, punitivo e condenador.

Rosa (2018) chama atenção para uma leitura particular sobre os laços sociais e a política, nos quais a invisibilidade dos conflitos atravessados pelo laço social regressam ao indivíduo, tornando-o mais autocentrado em sua experiência. Esse movimento de voltar-se para si pode se transformar em algo patológico e até mesmo criminalizar suas saídas. Se consideramos também que a invisibilidade e individualização podem inflar o narcisismo, isso influenciará de modo que, pareça natural ou até mesmo justa a distribuição perversa dos bens, do gozo e a submissão do outro à posição de repressão.

Perante o exposto, entraremos em contato com o que Freud, Lacan e seus comentadores discutem sobre a culpa, punição e lei, relação do indivíduo com a lei e responsabilização.

3.2 A PSICANÁLISE, ADOLESCENTES, A LEI E O DESEJO

Lacan (1998) nos sinaliza que deve recusar à psicanálise todo àquele que não conseguir em sua perspectiva contemplar a subjetividade de sua época. Dito isso, torna-se importante trazer para a

discussão psicanalítica um olhar singular para o adolescente em conflito com a lei, visto que este indivíduo está em uma fase particular do desenvolvimento e sua relação com a aceitação dos limites.

Primeiramente, iremos apresentar o que a literatura aponta como um contexto sociopolítico em que esses jovens em conflito com a lei se encontram. Abordaremos, em seguida, sobre os conceitos de desejo de justiça e castigo para a psicanálise. Seguiremos vendo como a psicanálise compreende o adolescente e para isso nos utilizaremos das elaborações psicanalíticas de Albert (2010) e Benhaim (2008). Ao final, apresentaremos as reflexões sobre a responsabilização.

Para Alberti (2010), na fase da adolescência, o sujeito se encontra em um dilema entre seguir o que lhe foi predestinado ou escolher esse mundo de descobertas para depois construir seu próprio desejo. Lembrando que desejo para a psicanálise não é o mesmo desejo do senso comum. O desejo psicanalítico advém a partir da falta constituinte do sujeito, sendo assim, o que o move em sua busca desse objeto para sempre perdido. Então, na adolescência o desejo se faz presente levando o sujeito a se posicionar diante dos desejos dos pais e, em seguida, reconhecer os seus. Isso será possível a partir da quebra dos ideais estabelecidos durante a infância. Essa fase pode ser difícil para o adolescente, pois até então, ele não havia encarado a insuficiência dos pais. Observar a falha do pai para a criança é algo que remete à castração do Outro, a um desamparo. Será necessário que o adolescente possa elaborar e lidar com esse desamparo para que seja possível se responsabilizar posteriormente pelas próprias escolhas, já não dependendo do reconhecimento do Outro.

Benhaim (2008), por sua vez, aborda que a adolescência é um momento no qual ocorre uma interseção entre o real e a realidade; é o caminho em que a estruturação psíquica e a realidade estão muito próximas, além de ser o tempo de reorganização do sintoma. Podemos compreender que essa é uma fase em que o indivíduo vai se deparar com um conflito entre o desejo do outro e a responsabilização pelo seu próprio desejo. Suas identificações, o modo como ele irá se colocar nas relações e sustentar o lugar de indivíduo desejante vão acontecer através de um sintoma que deverá ser construído. O modo como esse indivíduo foi primeiramente desejado pelo objeto de amor da infância será importante para que ele possa desejar.

De acordo com Alberti (2010), “todo adolescente é um transgressor” (p. 24), pois testa seus limites, redimensionando sua realidade para conseguir o que deseja, ainda que mantendo, ou não, o cuidado ético e moral. Podemos compreender que a adolescência é uma fase também de impulsos e o sujeito precisará fazer escolhas para conter alguns de seus desejos, caso contrário, poderá haver complicações, como o conflito com a lei.

Benhaim (2008) traz uma importante reflexão sobre esse período quando pontua que se o adolescente pode suportar as novidades dessa difícil passagem do desenvolvimento e se resolver, pode também se direcionar à transformação do desamparo, uma desorganização. Quando não é possível para o sujeito suportar essas mudanças, o modo como ele se insere na linguagem, sem o amparo simbólico do significante, abre passagem para o ato, o que o faz ter conflitos sociais.

Rosa (2018) esclarece que a psicanálise e a política evidenciam questões da relação do indivíduo com o gozo, o desejo, o saber e a verdade nas relações sociais. A autora afirma também que centrar na responsabilidade endereça o sujeito ao aspecto da mudança. Essa escolha existe tanto nos atos de conflito com a lei quanto no cumprimento dela, e na construção ou destruição de um modo de vida. Esse endereçamento à responsabilização pelo desejo é o cerne da transformação do indivíduo.

Reflexões acerca da responsabilização devem ser consideradas para a dimensão do direito que compreende um sistema de justiça que contemple a peculiaridade da adolescência e que esteja disposto a se responsabilizar pelas formas de compromisso social que apresenta aos adolescentes.

A relação do indivíduo com a lei, para a psicanálise, e como ela será vista pelo sujeito, está atravessada por questões da estruturação psíquica, portanto, maneiras singulares frente à consideração do crime. A partir dessa ótica, Siqueira (2015) nos traz a reflexão de que não se deve buscar o significado do crime na veracidade dos fatos, mas na realidade psíquica, no qual é possível acessar o sujeito em seus aspectos simbólicos. Desse modo, torna-se fundamental a compreensão da relação do indivíduo com a transgressão da lei em sua percepção.

O adolescente que comete uma infração, uma falta, de maneira violenta, faz ainda alusão em relação à lei com a castração e à figura paterna. O conflito com a lei, neste caso, apareceria como uma maneira drástica e repetitiva de romper com esse domínio. Segundo Benhaim (2008), neste caso, o adolescente não conseguiu construir o seu sintoma, mas foi direcionado para a transformação do desamparo e ocorreu a falha do simbólico.

3.3 FREUD E LACAN, REFLEXÕES SOBRE CULPA, PUNIÇÃO, LEI E RESPONSABILIZAÇÃO

Neste momento, serão abordadas algumas questões acerca da culpa, punição e lei sem o intento de dar conta de toda a complexidade dessas teorias, mas fazer algumas pontuações relevantes com relação a temática do artigo.

A primeira imposição para a sociedade é a exigência da justiça, a elaboração e inserção da lei, que quando concebida não deverá ser transgredida, em prol dos indivíduos dessa cultura. Freud (1974)

nos traz a ideia de que para os indivíduos conviverem bem em uma sociedade, é necessário que eles renunciem a alguns instintos e para que isso ocorra, são necessárias algumas restrições, visando o bem-estar da civilização.

De acordo com Siqueira (2015), estas regras para a boa convivência em uma sociedade denunciam um fator essencial a ser pontuado que é a agressividade humana, compreendida como algo inerente do ser humano e que deve existir no âmbito mental ainda que não o prejudique em suas ações contra si mesmo ou contra a sociedade. Segundo Freud (1974), quando é imposta a negação dos instintos, ou seja, a repressão da agressividade, uma vez que essa repressão não será alcançada com sucesso, ela volta para o próprio sujeito, a partir do “supereu” ou ideal do eu.

Pode-se assim compreender que a agressividade quando reprimida para com o externo, pode retornar mais severa para o interno, pois ocorre uma introjeção. Vale ressaltar que esse movimento será particular para cada indivíduo, já que cada um terá sua forma de autocobrança.

Quanto maior a influência do superego, maior essa cobrança será naturalmente. Siqueira (2015) sinaliza para o nível de rigidez que existe entre o eu e o supereu, as exigências do ideal do eu e as consequências desse retorno. O eu sofre por ser assujeitado ao supereu (FREUD, 1974).

A culpa, que Freud (1974) aponta como o problema mais grave do desenvolvimento na civilização, surge a partir do medo do desamparo, do desamor, uma vez que é feito algo considerado “mau” no julgamento do indivíduo que o faz ou mesmo apenas o desejo de fazê-lo, ainda que não posto em prática, pois essa culpa está entrelaçada à necessidade de punição. O anseio da crueldade aparece a partir do desejo de domínio presente nas relações com o outro. Todavia, neste texto é proposta a perspectiva de trabalhar com a responsabilização e não com a culpa como forma de conseguir uma mudança de posição dos adolescentes que terminam cometendo um crime e são submetidos ao sistema socioeducativo.

A culpa ainda pode ser vista como um fator responsável pelo ato infracional. Para Rosa (2018), quando o nível das exigências do supereu angustia o sujeito, poderá não ser um sentimento conseguinte ao ato criminoso, mas na verdade o antecederá. Vale ressaltar que o cumprimento de normas que convém ao sujeito não implica em sua responsabilização, assim como o descumprimento da norma também não assegura indispensavelmente que ele não se responsabilize.

Lacan (1998) aborda que os limites do modo de escuta da Psicanálise se colocam onde começam os trabalhos da polícia, postura essa que não adota e que também beneficia pela proteção da lei A quem

está em cumprimento de medidas. A Psicanálise trabalha com a responsabilização do indivíduo e assim, de certa forma, não anula a punição. Podemos compreender essa fala de Lacan ao fazer uma articulação com Freud (1974), quando o pai da Psicanálise afirma que a culpa acompanha uma necessidade superegóica de punição, pois a responsabilização acarreta à punição. Rosa (2018) explica que a efetividade da punição, para Lacan, determina-se pela responsabilidade.

A responsabilização, com a contribuição da psicanálise, aponta para uma posição que a difere da culpabilização ou punição. A psicanálise contempla a responsabilidade para além do discurso jurídico, levando em consideração o sujeito do inconsciente, seu modo de inscrição na linguagem e compreendendo como tais instâncias podem rejeitar à operacionalização coletiva do gozo. Lacan (1998) destaca que é a partir do estágio do espelho que o sujeito compreende a si mesmo e o Outro. A responsabilidade está na relação entre o eu e o objeto e irá ocorrer no campo simbólico, então, ocorre a inserção na linguagem e o sujeito se torna desejante.

Ao refletir sobre a responsabilidade, compreendemos que ela não está apenas no ato de acatar ou não as leis impostas, mas também se refere à elaboração da lei em prol de uma boa convivência social. Rosa (2018) apresenta uma ideia de que quando o acordo ou pacto social não se aplica igualmente a todos, como referência, e beneficia alguns interesses, surgem os conflitos sociais. Quando o sujeito se identifica, é visto e se sente pertencente de uma comunidade ou civilização, poderá absorver as normas e ser amparado por elas.

Nas práticas socioeducativas se denotam premissa de certo ou errado, obediência ou desobediência, porém, a responsabilidade é amiúde uma capacidade do sujeito, uma característica. A partir disso, nem sempre se fará presente a responsabilidade no sujeito, podendo ou não a possuir (ROSA, 2018).

Caminhando para a finalização desse trabalho, foi possível perceber que o adolescente está em um momento de vulnerabilidade social, geralmente por conta dessas questões da carência e fragilidade da função paterna, envolvimento com tráfico de drogas, sem os recursos sociais de escola, educação e esportes. Estas carências deixam o adolescente desamparado e exposto à condição de violência. Como se encontram em um momento de mudança subjetiva em que precisam fazer o luto de um universo infantil para que sejam capazes de assumir outras responsabilidades, o trabalho psíquico se faz necessário.

Além desse contexto, a psicanálise tentar explicar a relação da punição com a culpa e a responsabilização, concebendo uma outra reflexão para o desenvolvimento psíquico dessa fase, uma interpretação diferente para a infração que não se resume ao ato cometido. O sujeito que entra na

adolescência pode estar em um período de fragilidade psicológica, por se tratar de um momento em que estava envolvido de forma alienada aos pais, e a partir de agora, será decisivo o modo como conseguirá fazer essa separação da alienação do grande outro.

Ao fazer a mudança subjetiva de desligamento, pode não encontrar uma segurança nessas funções porque estão fragilizadas e pode não dispor de um meio social favorável para se apoiar. Quando isso ocorre, ao invés da sustentação de um sintoma que possa ajudá-lo a lidar com a falta e inseri-lo na linguagem como um sujeito desejante para sustentar suas relações, segue para um desamparo.

Ao seguir para o desamparo, ocorre a deficiência do simbólico, o que pode deixá-lo mais exposto à violência dando passagem ao ato em suas ações e mais suscetível ao envolvimento de conflitos sociais. O conflito com a lei, para o adolescente que está vulnerável psiquicamente e socialmente é um momento limítrofe que faz com que o sujeito se ponha em risco e vivencie repetidas situações de castração ao esbarrar com a lei e, assim, trazendo em suas ações a confrontação com a figura paterna.

Diante do exposto, percebemos que há necessidade de pesquisas que possam pensar nas condições psíquicas dos adolescentes e no contexto social em que se encontram, urge-se a exigência da entrada de psicólogos nas escolas para acompanhar as famílias, ajudar os adolescentes no período do desamparo psíquico e os outros profissionais, para que possam tornar o ambiente escolar mais acolhedor.

A abertura de oportunidades inclusivas para os adolescentes é fundamental para que eles sustentem a escolha de continuar os estudos, visto que sem o pai e a mãe para sustentar a casa e oferecer o que precisam, muitos abandonam a escola para tentar ajudar a família financeiramente, cujos meios utilizados podem expor os adolescentes em risco, como o tráfico de drogas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como finalidade principal compreender as contribuições que a psicanálise traz para a interface jurídica, propondo formas de lidar com o adolescente em conflito com a lei, de modo que, ao considerar também sua fase do desenvolvimento, ele possa se responsabilizar por suas ações. É importante ressaltar que não se deve levar em conta apenas o real dos fatos, mas contemplar a realidade psíquica e as diversas formas pluralistas de responder à lei presentes na psique humana, para que possa haver uma mudança.

O que foi possível construir nesse trabalho pode contribuir para a atuação dos diversos profissionais que lidam com adolescentes em conflito com a lei, uma vez que instrumentalizando-os sobre atitudes

mais eficazes para a ressocialização desses jovens, diferentes da culpabilização, poderão vislumbrar formas válidas e mais acolhedoras de atuação.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. O adolescente e o Outro. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

BENHAIM, M. O materno e a delinquência. *Ágora*, v. 11, n. 1, pp. 9-16, 2008.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

_____. Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm. Acesso em 10 fev. 2022.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2014.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud/Vol. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GURSKI, R; STRZYKALSKI, S. A escuta psicanalítica de adolescentes em conflito com a lei: que ética pode sustentar esta intervenção?. *Tempo Psicanalítico*, v. 50, n. 1, pp. 72-98, 2018.

LACAN, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MONTE, F. F. C. et al. Adolescentes autores de atos infracionais: psicologia moral e legislação. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, pp. 125-134, 2011.

PRIULI, R. M. A.; MORAES, M. S. Adolescentes em conflito com a lei. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 5, pp. 1185-1192, 2007.

PRIULI, R. M. A.; MORAES, M. S. Adolescentes em conflito com a lei. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 5, p. 1185-1192, 2007.

ROCHA, S. B. A redução da maioridade penal. *Revista Âmbito Jurídico*, v. 112, pp. 1-3, 2013.

ROSA, M. A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento. São Paulo: Escuta Ltda, 2018.

ROSSATO, L.; SOUZA, T M. C. Psicologia e adolescentes em conflito com a lei: reflexões a partir do estágio. *Rev. SPAGESP*, v. 15, n. 1, pp. 112-122, 2014.

SIQUEIRA, F. G. Da culpa em Freud à responsabilidade em Lacan: paradigmas para uma articulação entre psicanálise e criminologia. *Psicologia em Revista*, v. 21, n. 1, pp. 141-157, 2015.

SOARES, G. R.; MENDES, D. F. A atuação do psicólogo com adolescentes infratores em medida socioeducativas. *Psicologia e Saúde em Debate*, v. 2, n. 1, pp. 117-137, 2017.