

Daniel Fernando Ribeiro
Adriano Mesquita Soares
(Organizadores)

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.

desafios e
perspectivas
Volume II



AYA EDITORA
2023



Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizadores

Prof.º Esp. Daniel Fernando Ribeiro

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Capa

AYA Editora

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues
Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa
Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes
Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Me. Pedro Fauth Manhães Miranda
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes
*Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus
Pauapebas*

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira
Instituto Federal do Acre

Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail
Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares
Universidade Federal do Piauí

Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros
Rodrigues
Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda
Santos
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues
Instituto Federal de Santa Catarina

© 2023 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas nos capítulos deste Livro, bem como as opiniões neles emitidas são de inteira responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente a opinião desta editora.

S9436 Saúde da criança e do adolescente: desafios e perspectivas [recurso eletrônico]. / Daniel Fernando Ribeiro. Adriano Mesquita Soares (organizadores) -- Ponta Grossa: Aya, 2023. 68 p.

v.2

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-168-8

DOI: 10.47573/aya.5379.2.153

1. Promoção da saúde. 2. Crime sexual contra as crianças. 3. Medicina e psicologia. 4. Crianças - Cuidados dentários. 6. Adolescentes - Cuidados dentários. 7. Adolescentes maltratados sexualmente. 8 Transtorno do espectro autista. I. Ribeiro. Daniel Fernando. II. Soares, Adriano Mesquita. III. Título

CDD: 613

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora EIRELI

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557

Ponta Grossa - Paraná - Brasil

84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação7

01

**Violência sexual contra criança e adolescentes
intrafamiliar: a interferência desses acontecimentos
em seu crescimento e desenvolvimento8**

Inandara Barbara Tavares dos Santos
Izabela Almeida de Assis
Joselito Felix da Silva
Wellington Ferreira da Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.153.1

02

**Saúde bucal da criança e do adolescente: importância
e considerações.....21**

Amanda Rafael Felisberto

DOI: 10.47573/aya.5379.2.153.2

03

**O modelo biopsicossocial de atendimento na saúde
da criança29**

Camila Evelyn Albues Melo Torres
Adrya Renata Santana Machado

DOI: 10.47573/aya.5379.2.153.3

04

Sobre as identificações no autismo39

Cleuber Cristiano de Sousa

DOI: 10.47573/aya.5379.2.153.4

05

Desenvolvimento puberal feminino precoce: um relato de caso61

Bianca Lorena Ferreira Boado Quiroga

Janildes Maria Silva Gomes

DOI: 10.47573/aya.5379.2.153.5

Organizadores.....64

Índice Remissivo65

Apresentação

Apresentar um livro é sempre uma responsabilidade e muito desafiador, principalmente por nele conter tanto de cada autor, de cada pesquisa, suas aspirações, suas expectativas, seus achados e o mais importante de tudo a disseminação do conhecimento produzido cientificamente.

Nesta coletânea de **Saúde da criança e do adolescente: desafios e perspectivas - Vol. 2**, abrange diversas áreas da saúde, refletindo a percepção de vários autores.

Portanto, a organização deste livro é resultado dos estudos desenvolvidos por diversos pesquisadores e que tem como finalidade ampliar o conhecimento aplicado à área de saúde evidenciando o quão presente ela se encontra em diversos contextos organizacionais e profissionais, em busca da disseminação do conhecimento e do aprimoramento das competências profissionais e acadêmicas.

Este volume traz cinco (5) capítulos com as mais diversas temáticas e discussões, as quais mostram cada vez mais a necessidade de pesquisas voltadas para área da saúde. Os estudos abordam discussões como: violência sexual contra criança e adolescentes intrafamiliar; saúde bucal da criança e do adolescente; modelo biopsicossocial de atendimento na saúde da criança; autismo e por fim, um estudo sobre o desenvolvimento puberal feminino precoce.

Por esta breve apresentação percebe-se o quão diverso, profícuo e interessante são os artigos trazidos para este volume, aproveito o ensejo para parabenizar os autores aos quais se dispuseram a compartilhar todo conhecimento científico produzido.

Espero que de uma maneira ou de outra os leitores que tiverem a possibilidade de ler este volume, tenham a mesma satisfação que senti ao ler cada capítulo.

Boa leitura!

Prof.º Esp. Daniel Fernando Ribeiro
Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares
Editor Chefe



Violência sexual contra criança e adolescentes intrafamiliar: a interferência desses acontecimentos em seu crescimento e desenvolvimento

Intrafamily sexual violence against children and adolescents: the interference of these events in their growth and development

Inandara Barbara Tavares dos Santos

Estudante de Enfermagem da Universidade Paulista - Garanhuns - Pernambuco

Izabela Almeida de Assis

Estudante de Enfermagem da Universidade Paulista - Garanhuns - Pernambuco

Joselito Felix da Silva

Estudante de Enfermagem da Universidade Paulista - Garanhuns - Pernambuco

Wellington Ferreira da Silva

Universidade Paulista - Garanhuns - Pernambuco

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.153.1](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.153.1)

RESUMO

A violência sexual é um problema de saúde pública multicausal e complexo. Quando ocorre contra uma criança, apresenta particularidades significativas, contribuindo para a fragmentação das fases do desenvolvimento, o que pode ter um impacto marcante na vida adulta. Dito isso, o conhecimento dos casos permite dimensionar a magnitude do problema e possibilita definir medidas efetivas.

Palavras-chave: violência sexual. abuso sexual. atuação do enfermeiro na consulta.

ABSTRACT

Sexual violence is a multicausal and complex public health problem. When it occurs against a child, it presents significant particularities, contributing to the fragmentation of developmental stages, which can have a marked impact on adult life. That said, knowledge about the cases allows dimensioning the magnitude of the problem and makes it possible to define effective measures.

Keywords: sexual violence. sexual abuse. nurse's performance in the consultation.

INTRODUÇÃO

A violência sexual infantil é considerada um grave problema na área da saúde, de cunho social, oriunda de fatores que se tornam empecilhos para que haja o enfrentamento e, conseqüentemente, a sua resolução, tais como: a falta de denúncias decorrente do medo de denunciar; a omissão da criança, do adolescente ou da própria família, seja por medo, coação ou trauma, por exemplo; a inadequação profissional de sua postura na tentativa de resolver o caso, sendo esta oriunda da pouca experiência prática ou da associação psicoemocional com o caso vivenciado.

Este pode ser caracterizado, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, por abuso de poder no qual a criança e adolescentes são usados para gratificação sexual do agressor sem seu consentimento, sendo induzido ou forçado a práticas sexuais. Esta violência pode ser exercida com o uso de força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaças ou qualquer mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal.

Observa-se que muitos casos de violência sexual contra crianças não são denunciados por se tratar de membros da família. No entanto, a médio ou longo prazo essa criança poderá desenvolver traumas permanentes, que, se não tratados precocemente, afetará seu crescimento e desenvolvimento psicossocial na fase adulta.

Sabe-se que a ocorrência da violência sexual durante o processo formativo, quando o cérebro está sendo fisicamente desenvolvido, pode deixar marcas em sua estrutura e função, provocando efeitos que alteram, de modo irreversível, o desenvolvimento neuronal, levando a severas conseqüências para o desenvolvimento da criança, incluindo prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais.

Além disso, o abuso pode se configurar, também, como todo jogo ou ato sexual seja ele hétero ou homossexual, entre um ou mais adultos com uma criança ou adolescente, tendo o objetivo de estimular sexualmente a criança ou adolescente, ou para obter satisfação sexual do próprio abusador, podendo ser utilizado o uso de força, ameaça ou indução da vontade da vítima (Azevedo, 1993).

Como relata Woiski e Rocha, (2010) criança não é um adulto pequeno, e sim um ser diferenciado, que está se desenvolvendo, aprendendo e conhecendo o mundo ao seu redor, de acordo com as capacidades apreendidas em cada fase do desenvolvimento. Dessa forma, a sua forma de se expressar é diferente do que é esperado por um adulto, ou seja, a criança possui sua própria linguagem, seja ela verbal ou comportamental.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, com análise de artigos científicos nas bases de dados GOOGLE ACADÊMICO, SCIELO e periódicos CAPES, cujo dados foram coletados nos anos entre 2016 e 2021, onde foram identificados 130 artigos e destes, 75 foram selecionados para leitura. Dos 75 estudos selecionados, somente 25 traziam o contexto da atuação do enfermeiro frente à violência sexual, enfocando o conhecimento acerca da intervenção ante a suspeita de abuso sexual na infância e adolescência, assim como traçar perfis dos agressores.

Os artigos selecionados foram estudados as seguintes variáveis: idade entre 0 e 14 anos, raça/cor (branca, preta, parda, indígena), sexo (feminino e masculino), possível autor agressor (mãe, pai, padrasto, irmãos, amigos/conhecidos e desconhecidos), tipo de violência sexual (assédio sexual, estupro, pornografia infantil, exploração sexual e/ou incesto) e local da ocorrência (residência, escola, local de prática esportiva ou similar, via pública, comércio/serviços e construção e ideologia religiosa).

OCORRÊNCIA DOS ABUSOS

Percebe-se que o Abuso Sexual, assim como outras formas de violência, pode estar relacionado a questões que atravessam a dinâmica familiar. Segundo Azevedo e Guerra (1993) usam como proposta o modelo multicausal, onde ressaltam que a violência recebe influência de questões que podem ser sociais, financeira, educacional, entre outras, ressaltando que nenhuma dessas questões justificam a violação da criança e do adolescente consolidado na Constituição Federal de 1988 e no próprio Estatuto.

A violência doméstica contra criança e adolescentes decorre de vários fatores, que podem ser: psicológicos, socioeconômicos e culturais, dentre outros. Esses fatores apresentam-se de forma dinâmica nas relações existentes entre os membros desse microsistema (a família), sofrendo grande influência do macrosistema (a sociedade), que pode, de acordo com a situação e o momento de cada indivíduo elevar a relevância de um fator sobre o outro.

Situações de desemprego, por exemplo, ou mudança de endereço, separação de casais ou a chegada de um novo parceiro podem ser fundamentais na dinâmica dessa família para o entendimento da instalação da violência intrafamiliar contra criança e adolescentes; portanto, nenhum fator pode ser desmerecido ou afastado de investigação (GARCIA, 2002, p.147).

A dinâmica do Abuso Sexual é dividida em 5 fases:

Envolvimento, Interação Sexual, Sigilo, Revelação e Supressão, ou seja, estratégias que o abusador usa para “mascarar” e ludibriar a criança ou adolescente.

O Envolvimento diz respeito aos primeiros contatos com a vítima, seja ela criança ou adolescente. Fahlberg (2001) sinaliza que na maioria dos casos, o suposto autor conhece bem ou tem fácil acesso a criança. Quando não se encontra no âmbito familiar, ele pode estar presente em outros espaços como escola, creche, igrejas, local de prática esportiva ou similar, entre outros. O perpetrador sempre vai aguardar a oportunidade “certa” para se aproximar da criança e envolvê-la com o objetivo de futuramente conseguir uma interação reservada. Desse modo, o perpetrador pode envolver a criança de forma voluntária, iniciando algum comportamento sexual como se fosse uma brincadeira e pelo fato de o adulto representar certa autoridade perante a criança, ela acaba sendo mobilizada a participar.

Segundo Fahlberg (2001), o poder e a autoridade dos adultos transmitem a criança que o comportamento proposto é aceito e aprovado. Geralmente o perpetrador conhece alguma coisa que agrada as crianças e sabe como fazer com que elas participem de alguma atividade. Talvez seja oferecida recompensas ou subornos.

Em contra partida, ensinamos as crianças a desconfiarem de estranhos, mas, a serem obedientes e afetuosas com todos os adultos que cuidam delas, em outras palavras, o indivíduo que comete o abuso, na maioria dos casos, é alguém conhecido que vai primeiramente estabelecer uma relação de confiança com a criança e certificar-se de que sua vítima não se queixará quando ele for mais longe. “Os adultos que procuram crianças pequenas como parceiros sexuais descobrem rapidamente algo que parece incrível a pessoas menos impulsivas, a saber, que as crianças não têm defesas, não se queixaram nem resistem (GABEL, 1997).

A fase da Interação Sexual é onde inicia o ato de fato, seja por meio de estimulação dos órgãos genitais ou por penetração. Após a interação, o perpetrador, geralmente, expõe seus órgãos genitais com a finalidade de se estimular ou ser estimulado pela criança ou adolescente. Um fato curioso diante de toda a situação é que, o suposto sempre agirá de forma gentil para não assustar a criança e/ou adolescente.

Segundo Fahlberg (2001), o “sexo oral”, ou seja, a penetração na boca da criança, ocorre com mais frequência. Após usar o sexo oral como primeira forma de penetração, segue-se para a penetração vaginal ou anal. O critério utilizado pelo autor é o tamanho da criança, a experiência sexual e o grau de coerção. Isso indicará se ele poderá avançar para a penetração do seu órgão. Ou outros casos ele não tenta a penetração, esfregando-se apenas na criança. Nesses casos acaba não tendo indícios físicos que comprove o abuso, valendo ressaltar que não se configura menos grave do que a penetração.

A fase do sigilo é caracterizada pela conservação do abuso sexual no qual o perpetrador exige o segredo diante da situação. Pois o autor não deseja que essa revelação seja descoberta porque ele tem o objetivo a repetição do abuso. Sendo assim, o mesmo não poderá ser responsabilizado. As crianças e/ou adolescentes poderão ser ludibriada por doces, brinquedos, dinheiros, passeios, entretenimentos (como filmes, jogos ou brincadeiras como lutas) ou até mesmo favores, assim como por ameaças também.

Gabel (1997) ressalta que, os abusos intrafamiliares acontecem em segredo. Imposto por violência, ameaça ou mesmo em uma relação sem palavras, o segredo tem por função manter uma coesão familiar e proteger a família ou julgamento de seu meio social. A realidade das consequências de uma inculpação faz com que a revelação seja mais grave que o próprio abuso.

Geralmente as ameaças feitas às crianças e adolescentes não são dotadas de violências físicas (Ibidem, 2001).

VIOLÊNCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR

A violência sexual pode se dar de duas formas: extrafamiliar e intrafamiliar. De forma que a primeira envolve indivíduos estranhos ao núcleo familiar e a segunda praticada por pessoas que tenham algum laço familiar com a vítima, seja por sangue ou afeto. Normalmente quando acontece com adolescentes geralmente é realizado pelo padrasto, e nas crianças o abuso é cometido pelos pais, Habigzang e Caminha (*apud* SANTOS; PELISOLI; Dell' AGLIO, 2012).

A Violência Sexual Intrafamiliar tornou-se uma questão de saúde pública que atinge crianças e adolescentes em todas as áreas sociais em especial, a área doméstica, estimando cerca de 12 milhões de vitimizados no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Como dito anteriormente, a grande parte dos abusos sexuais intrafamiliares são cometidos em geral, sem uso de força, agressões físicas ou verbais, perpassando as pessoas que tem ligação direta com a criança ou adolescente, e por ser uma violência silenciosa torna-se mais fácil para o abusador conseguir manter o segredo de sua vítima (SANTOS; PERLISOLI, Dell' AGLIO, 2012).

Esse segredo por vezes costuma ser mantido por um longo tempo, às vezes até a fase adulta; por ter a abuso sexual a dificuldade da obtenção de prova forense ou evidências médicas, acaba o segredo perpassando de geração em geração. A não revelação pode ocasionar intenso sofrimento às vítimas como depressão, psicopatologias, ansiedades, estresse pós-traumático, insônia, entre outros Habigzang e Koller (SANTOS; PERISOLI, Dell' AGLIO, 2012).

Quando o adolescente revela o segredo (abuso sexual), costuma contar para alguém que esteja intimamente mais próximo e que o faça sentir-se seguro. Em grande parte dessas estão: as mães, irmãos, tios, amigos, professores. As mães, em especial, são consideradas como cúmplices do abusador.

Segundo Silva, C. F.; Dutra, S. P. (2010), essas mães geralmente quando ficam sabendo do abuso, encontra-se em uma situação difícil de lidar, pois ao relatar o segredo que há muito tempo se mantinha, pensam que ao falar podem perder o vínculo familiar ou sentirem desamparadas, sem a ajuda financeira advinda do agressor. Essas mães muitas vezes acabam sentindo alívio quando o abusador tem predileção pela adolescente, pois por não ter mais relacionamento sexual com seu companheiro, coloca a filha para desempenha seu papel. As mulheres desses cônjuges, em sua maioria, se sentem também vítimas por esses agressores – seja por dependerem financeiramente deles ou por dependerem emocionalmente.

INTERFERÊNCIA DESSES ACONTECIMENTOS NA FASE ADULTA

Com base nos artigos lidos, o efeito causado pela violência sexual é muito marcante para o adolescente, principalmente, a longo prazo, sendo corroborado por Gabel (1997, p.09) em relação a essas profundas marcas diz que:

“a vulnerabilidade, à idade da criança, à repetição e ao tipo de abuso ou ao silêncio em torno da criança”, vem prevalecendo para que essa violência persista.”

Tais efeitos impacta de tal forma que a longo prazo poderá torna-se irreversível. Pois essas consequências são geralmente emocionais e vêm carregadas de sentimento de culpa, depressão, irritação e desamparo. Algumas vitimizadas internalizam a ansiedade, desenvolvendo doenças somáticas, distúrbios do sono, comportamentos agressivos, transtornos alimentares, isolamento, Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), etc. Braum (CUNHA, M. P.; BORGES, 2013).

O adolescente vitimizado pelo abuso sexual apresenta vários sentimentos, dentre eles estão: o de culpa, que vem associado ao fato deste pensar que “destruiu” a harmonia de sua família ao relatar algo que se mantinha em silêncio ou o fato de ter “aceitado” o abuso; principalmente entre os adolescentes, usando termos autodepreciativos do tipo: “sou um covarde”, não sirvo para nada”, autoestima baixa ocasionando depressão; envolvimento com drogas e álcool na tentativa de esquecer o abuso sexual ou algo que lhe foi tão traumático; as tentativas de suicídios e, as automutilações em seu corpo que foi invadido por alguém de sua confiança.

Segundo Gabel (1997), alguns adolescentes seguem o caminho da delinquência e agressões físicas propriamente ditas, principalmente em casa e/ou escolas. Também é comum adolescentes tentarem suicídio, como diz VIOLA, T. W. *et al.* (2011) “A tentativa de suicídio, recurso de se valem algumas vítimas (recentes ou não), ilustra bem a gravidade de sua vivência. Continuamos a nos chocar com o número de estados depressivos sérios, com a propensão às passagens ao ato e as dificuldades de se seguirem tratamentos”.

Além disso, podemos citar também prejuízos que a longo prazo poderá afetar diretamente o desenvolvimento infantil, com repercussões cognitivas, emocionais, comportamentos físicos e sociais que prolongam na vida adulta. Segundo Carvalho (2005) a violência sexual sofrida pela criança ou adolescente nos primeiros anos de vida faz com que percam estímulos sociais e também degrade a dignidade. O que vale um destaque a ser potencializado é a falta de materialidade nestes primeiros anos de vida, o que na maioria dos casos não são detectados e quando são detectados não consegue provas cabíveis para dar continuidade ao mesmo, dificuldade ainda mais todo o processo.

Desse modo, Dahlberg (2006) afirma que tais consequências podem ser imediatas ou latentes e dura por anos após o ato abusivo inicial. Assim, definir as consequências somente em termos de ferimentos ou morte limita a compreensão total da violência em indivíduos, nas comunidades e na sociedade em geral.

TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Um distúrbio caracterizado pela dificuldade em se recuperar depois de vivenciar ou tes-

temunhar um acontecimento assustador. A condição pode durar meses ou anos, com gatilhos que podem trazer de volta memórias do trauma acompanhadas por intensas reações emocionais e físicas. Entre os sintomas estão pesadelos ou lembranças repentinas (flashbacks), fuga de situações que relembrem o trauma, reações exageradas a estímulos, ansiedade e humor deprimido. O tratamento inclui diferentes tipos de psicoterapia, bem como medicamentos para tratar os sintomas.

Algumas pessoas ao passar por um trauma tornam-se constante a lembrança da experiência vivida e passam a viver em estado constante de alerta. O trauma pode ser provocado por alguma surpresa, susto, dor física ou vergonha, dependendo das bases pessoais do sujeito, pode apresentar-se através de sintomas. Desta forma é conceituoso como uma dificuldade apresentada pelo sistema psíquico (CUNHA E BORGES, 2013).

No entanto, para se diagnosticar um sujeito com TEPT, ele deve ter tido uma experiência acompanhada de uma resposta emocional específica onde o indivíduo apresentou medo, impotência ou horror. O transtorno se manifesta através de uma tríade psicopatológica onde se apresenta o desenvolvimento de três sintomas: O experimentar do evento traumático, a recusa de estímulos a ele associados e entorpecimento da resposta geral e a presença persistente de sintomas de hiperestimulação autônoma. Pois, nem toda pessoa que foi exposto a eventos traumáticos apresentam TEPT, e sim aquele indivíduo predisponente para o desenvolvimento do distúrbio psicológico.

Sinais e sintomas clínicos que surgem na infância ou na adolescência como consequência da violência doméstica

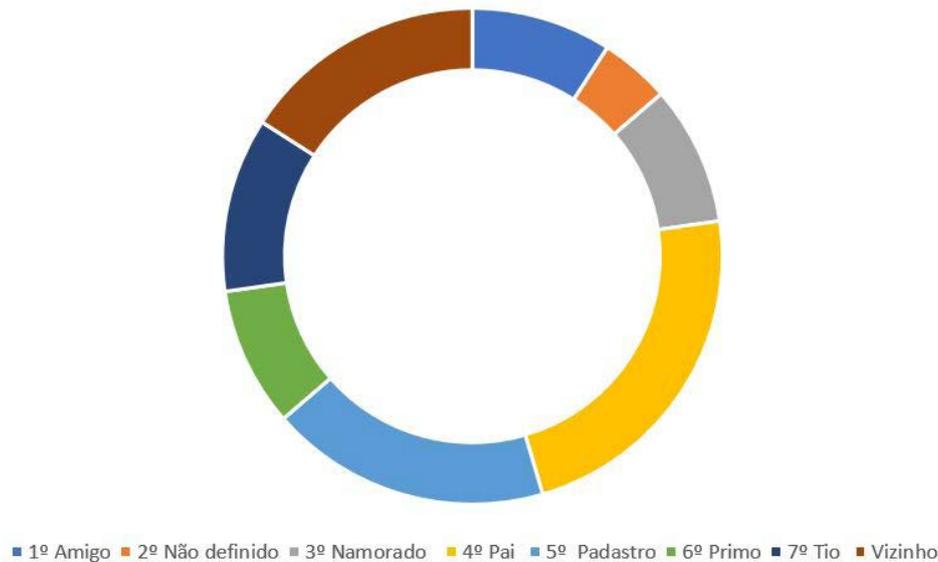
É comum surgir edema ou lesões em área genital sem justificativa aparente para doenças ou traumas evidenciáveis, lesões de Palato decorrentes de força causada no sexo oral, sangramentos e referir dor vaginal em adolescentes na fase pré-púberes, fissuras, dilatação flacidez ou cicatrizes anais sem causas ou doenças agudas e crônicas aparentes, rompimento himenial, doenças sexualmente transmissíveis, infecções constantes do trato urinário, dor á micção, gravidez precoce e aborto espontâneo.

Sinais discretos que podem ser observados pelo Enfermeiro durante a consulta

Uma das principais são: ansiedades, agressividades, receio de contato físico, condutas suicidas, sentimento de culpa e vergonha, medo generalizado, fugas, furtos e mentiras, exibicionismo, transtorno de personalidade, mal relacionamentos com outras crianças, atitudes depressivas, hiperatividade, masturbação compulsiva independentemente do lugar em que se encontra, manipulação genital constante, aumento do grau de provocação erótica e conhecimento de atividades sexuais inferiores à sua fase.

Segundo Heger *et al.* (2002) na maioria dos casos perpetuam na vida adulta o que estão associados a maior procura dos serviços de saúde além de relevar o abuso, pactuar o silêncio quando criança e enfrentar seus tabus que envolvem este tipo de violência e somente nesta fase adulta em revelar tal abuso.

Tipos de relação do abusador com a vítima



Emergências no atendimento

Parraga e Maia (2010) afirma que o Enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítimas de violência sexual pode e deve auxiliar no combate a este crime, pois, somada as competência e habilidades específicas que lhe são atribuídas, a capacidade de ser inserido em uma equipe multidisciplinar e de intervir estrategicamente, no que diz respeito à promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos indivíduos consequentemente, o faz assumir um dever social, ético e humanístico.

Logo, reconhecendo em sua fala a importância da multidisciplinaridade na atenção à criança vítima de violência familiar, Cunha (2005) considera-se que a Enfermagem e mais especificamente o enfermeiro da atenção primária na Estratégia de Saúde da Família (ESF) tenha um papel importantíssimo neste processo. Esse pressuposto baseia-se na constatação de que o enfermeiro tem como objetivo principal a assistência direta e integral ao cliente, além de ser um dos profissionais que permanece maior período convivendo com a criança e sua família, seja no contexto hospitalar, em unidade básica de saúde ou em ambiente familiar/comunitário.

O enfermeiro deve, portanto, ter conhecimento técnico-científico sobre as mais variadas formas de violência para com a criança, uma vez que as características de atuação profissional favorecem o acompanhamento diário de relação criança-família tendo a responsabilidade de investigar as suspeitas, confirmar e encaminhar aos outros serviços, instituições ou profissionais os casos detectados para que em conjunto possam tomar decisão uma decisão juntamente com o responsável do menor (SILVA, 2013)

O profissional responsável pelo cuidado, em especial, o enfermeiro deve ter em mente que há sempre uma criança vítima de tal abuso. Neste sentido, ainda de acordo com Silva (2013) antes de uma investigação, é necessário que o profissional verifique qual a forma de abordagem que melhor se adapta a situação, a fim de elaborar o plano de trabalho juntamente com os outros profissionais de equipe que participarão da intervenção.

Existe basicamente três modelos de avaliações para que seja realizada a intervenção:

psiquiátrico, sociológico e interacional, o que segundo Farinatti *et al.* (1993) trata em seu livro acerca do abuso sexual infantil que, o plano de tratamento a desenvolver com a equipe multiprofissional tem que objetivar o atendimento as necessidades sociais, médicas, educacionais e psicológicas da criança e família para o em da criança minimizando o trauma sofrido e, melhorando do relacionamento dos pais, aumentando as possibilidades de resoluções dos problemas.

De acordo com Ministério da Saúde (2012) são atitudes baseadas principalmente no respeito à criança, em relação à negativa de contato físico com pessoas, e na valorização de sua autoestima. O processo de enfermagem é dividido em fases, as quais são realizadas de forma programadas, para melhor realização do cuidado integral à criança.

Assistência hospitalar geral em casos de violência sexual

As medidas preventivas de abuso sexual infantil segundo Habigzand (2005), se faz necessário em três níveis: primário, secundário e terciário. O enfermeiro se enquadra principalmente no nível primário, pois ele é responsável pelo enfrentamento e distanciamento da vítima do agressor, de forma agradável, evitando qualquer transtorno da família e vítima frente a esse elemento.

A utilização eficiente de uma avaliação psicológica é o primeiro passo na unidade hospitalar em que a vítima foi admitida. De acordo com Caminha (2003) para que seja alcançada o objetivo deve-se mais informações acerca do abuso por meio de uma anamnese mais precisa, afim de se mapear a frequência e a dinâmica dos episódios abusivos.

Principais formas de intervenções à violência de acordo com Algeri (2006)

Na atenção Primária: eliminação da incidência e prevalência de abuso; promover debates e palestras na comunidade acerca da qualidade de vida, direito a vida e frisando sempre a proteção da criança e adolescente.

Na atenção Secundária: detecção de crianças em situações de riscos, promovendo intervenção precoce no impedimento de atos de abuso contra a mesma; o enfermeiro atuação diretamente em situação já existentes.

Na Atenção Terciária: acompanhamento integral da criança e/ou adolescente e da família da vítima; realização das visitas domiciliares com estratégias de ação com atendimento integral através da equipe multiprofissional.

Dois estudos destaca as limitações desse serviço: é um local impróprio para entrevista e dificilmente garante um atendimento tranquilo ou ininterrupto para vítimas sem lesões agudas. O que segundo a Enfermeira psiquiatra Jezierski (1992) em sua abordagem literária afirma que é um local inapropriado ao atendimento das necessidades psicossociais das vítimas, além disso é também, um espaço onde a coleta de evidências fica comprometida.

O diagnóstico de violência sexual contra a criança ou o adolescente pode ser confundido, muitas vezes, por outras patologias orgânicas e psicossociais. Portanto, é essencial que reúnam todas as evidências observados, de acordo com as suas competências, para a construção de uma base precisa sobre o abuso. E quando possível, são úteis informações colhidas na comunidade, com professores na escola ou creche, amigos ou vizinhos, pessoas do ciclo de

rotina em que podem, muitas vezes, trazer observações importantes sobre o funcionamento do núcleo familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A confirmação, implicará aos profissionais, notificar as autoridades competentes os casos de abuso, como forma de preservar o direito ao seu desenvolvimento, até ele pode decidir, livremente, acerca da prática sexual seguir.

Assistência de Enfermagem frente a violência sexual infantil

A enfermagem é uma das principais categorias profissionais tidas como fundamentais no processo de identificação, tratamento e prevenção de vítimas de abuso sexual infantil (DRAUCKER, 2002).

O enfermeiro designado para dá assistência ao abuso sexual junto a criança, deverá conquista-la, criando vínculo de confiança, e expressando nos cuidados atitudes sinceras e zelosas para com ela, familiarizando-as ao ambiente hospitalar, além disso, deve procurar sempre explicar sobre as rotinas e os processos que serão realizados, suas necessidades e a possibilidade de demorar e/ou dor. Segundo Azevedo (1993) o profissional deve estar sempre atento em passar e demonstrar confiança e afeto conciso.

O enfermeiro qualificado é o diferencial no processo de tratamento da violência sexual, pois é na consulta de enfermagem, no acompanhamento familiar e com sua visão holística que pode ser detectado a violência e iniciar o tratamento específico com a equipe de saúde. Sendo assim, esse profissional é necessário para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, que é um problema complexo e de grande impacto na saúde. (Silva MAI, Ferriani MGC, 2007) (Algeri S, Souza LM, 2009) (Silva LMP, 2006) (Cunha JM, 2007) (Algeri S, Almoarques SR, Borges RSS, Quaglia MC, Marques MF, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abuso sexual intrafamiliar, como já explanado, pode causar severas consequências na vítima podendo comprometer seu crescimento e desenvolvimento pessoal, tanto no convívio familiar, quanto no âmbito educacional. Contudo, essa prática (abuso sexual) é mais recorrente do que se imagina não havendo preparo equivalente à sua gravidade por parte dos profissionais de saúde e da sociedade de maneira geral.

De acordo com o presente artigo, percebeu-se o quanto o papel do enfermeiro é importante tanto para a prevenção quanto para a detecção, notificação e resolução desse crime. Demonstrou-se também sua importância no âmbito intra-hospitalar, entre suas funções, pode-se destacar a de acolher, identificar, intervir e denúncia. Além disso, prestar assistência a vítima e a sua respectiva família.

Como mencionado anteriormente, ficou nítida a importância da qualidade do enfermeiro não somente na esfera acadêmica, mas também na esfera emocional e psicológica frente a estes casos, por se tratar de seres incapazes e por vezes indefesas acabam sensibilizando profissionais envolvidos. Dessa forma, é viável que a equipe envolva um trabalho humanizado e reconheça a necessidade de se preparar melhor para lidar com esse tipo de situação com postura e determinação.

Visando a qualidade na assistência do enfermeiro prestada a vítima de violência sexual é essencial que se faça presente instrumentos e diretrizes para que possa combater de forma eficiente esse crime. Além de capacitações advindas da instituição vinculada.

Conclui-se, portanto, ao se encarar a magnitude dessa infeliz realidade, abre-se um caminho para muda-lo, possibilitando a criação de novos meios, instrumentos, condutas e políticas que representem um verdadeiro impacto nos dados referentes a estes abusos.

REFERÊNCIAS

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 625-631, jul./ago. 2006

AZEVEDO, M. A. *et al.* Infância e violência intrafamiliar: fronteiras do conhecimento. Cortez, 1993.

AZEVEDO, M. A. Notas para teoria crítica da violência familiar contra crianças e adolescentes. In: AZEVEDO, M, A.; GUERRA, V. N. A. (Orgs.). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez, 1993.

BAÍÁ, P. A. D.; MAGALHÃES, C. M. C.; VELOSO, M. M. X. (2014). Caracterização do suporte materno na descoberta e revelação do abuso sexual infantil. *Temas em Psicologia*, 22(4), 691-700. <https://doi.org/10.9788/TP2014.4-02>.

BORGES, J. L. & Dell'Aglio, D. D. (2008). Abuso sexual infantil: indicadores de risco e consequências no desenvolvimento de crianças. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42(3), 528-536.

BRASIL (2003). *Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990*. 4. ed. Brasília: Saraiva.

BRASIL, Denúncias de Violência Contra Crianças e Adolescentes Caem 12% no Brasil Durante a Pandemia. Denúncias de violência contra crianças e adolescentes caem 12% no Brasil durante a pandemia. G1. 2020. Disponível em: acesso em: 16 jun. 2022. (A).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_r_ep.html. Acesso em: 13 Mar. 2022. (B).

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2012. v.1. 104 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. Brasília: MS; 2017. [Acesso em 20 abri. 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf;

CAMINHA, R.M; HABIGZANG, L.F; BELLÉ, A. Epidemiologia de abuso sexual infantil na clínica escola PIPAS/UNISINOS. pp.129-142. v.4. Rio Grande do Norte. Set/dez. 2005.

CAMPOS, A.C.F; ROCHA, V.R.L; MENDES, M.C, 2019, Percepções dos Profissionais do Pronto Socorro de um Hospital Público Sobre o Atendimento a Criança e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual, 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, ONLINE, 2019. Disponível em: acesso em: 10 jun. 2022.

- CARVALHO, F.D.S. Abuso sexual infanto-juvenil: implicações na personalidade da vítima. 69f. Monografia (Graduação) do Curso de Psicologia. Centro Universitário de Brasília, UNICEUB, Brasília, 2005.
- COUTINHO MT *et al.*, Considerações frente a violência infantil e as ações do enfermeiro: um ensaio da literatura, SCIELO, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6712/6578>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- CUNHA, M. P.; BORGES, L. M. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na infância e na adolescência e sua relação com a violência familiar, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2013000200008&lng=pt&nrm=iso.
- DRAUCKER, C. B. Domestic violence: the challenge for nursing. Online Journal of Issues in Nursery, Silver Spring, v. 7, n. 2, p. 2, May 2002.
- FAHLBERG, V. (org). Textos Básicos, apostila da Disciplina “Capacitação para Entrevista de Revelação no Caso de Abuso Sexual”, Depto. de Serviço Social / PUCRio, 2001 (mimeo).
- FARIAS MS, SOUZA CS, CARNESECA EC, PASSOS ADC, VIEIRA EM. Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. Epidemiol. Serv. Saúde. 2016; 25(4):799- 806. [Acesso em 05 jun. 2022]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400799&lng=en&nrm=iso;
- FARINATI, F., BIAZUS, D. B., & LEITE, M. B. (1993). Pediatría social: a criança maltratada. Rio de Janeiro: Medsl.
- FONTAN, R.D; SILVA, V.O. CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC. Principais Consequências Sofridas por Vítimas de Violência Sexual no Ambiente Intrafamiliar [s.l.]: [s.d.], Maceió - AL, 2019. Disponível em: acesso em: 18 mai. 2022.
- GABEL, M. Algumas observações preliminares. In: GABEL, M. (org). Crianças vítimas de abuso sexual. 2. Ed. São Paulo: Summus, 1997.
- GARCIA, M.R.C. Teorias e técnicas do atendimento social em casos de violência intrafamiliar na infância e na adolescência. In: FERRARI, D.C; VECINA, T. O fim do silêncio na violência familiar. Teoria e Prática. São Paulo, Editora Agora, 2002. p.145- 152.
- HABIGZANG, L. F, AZEVEDO, G. A., KOLLER, S. H., & MACHADO, P. X. (2006) Risk and protective factors in the resource network for children and adolescences victims of sexual violence. Psicologia: Reflexão e Crítica, 19(3), 379-386. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722006000300006&script=sci_arttext.
- HEGER, A.; TICSON, L.; VELASQUEZ, O.; BERNIER, R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. Child Abuse & Neglect, Oxford, v. 26. n.4. p. 645-59, jun. 2002
- JEZISKI, M. Profiles sexual assault nurse examiner: a role with lifetime impact. Journal of Emergency Nursing, St Louis, v.18, p. 177-179, 1992.
- LOPES, C.L. O Papel do Enfermeiro na Violência Sexual de Crianças e Adolescentes. Revista Psicologia & Saberes, v. 9, n. 15, p. 125–140, 2020. Disponível em: acesso em: 10 de fev. 2021.
- MAIA, J.K.F.; MORAES, G.S.N. Considerações ético-legais envolvendo o profissional de enfermagem diante de uma criança vítima de violência. Anais do 13º CBCENF. p.1-12. 2010. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/119993.E8.T2842.D4AP.pdf>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria MS/GM nº737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 2001; sect. 1E; 96

PARRAGA, E.E. O papel do enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítima da violência sexual. [Monografia] do curso de Enfermagem. Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana (RS). 2010.

RIBEIRO, M.G. Violência Sexual e Adesão ao Protocolo de Atendimento de um Hospital do Sul do Brasil, Universidade do Sul de Santa Catarina Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2019. [s.l.]: [s.d.]. Disponível em: acesso em: 02 de fev. 2022.

RODRIGUES *et al.* Assistência de enfermagem à criança vítima de violência sexual: relato de experiência, 2019. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/articlo/view/88/70>. Acesso em: 23 de mai. 2022.

Silva MAI, Ferriani MGC. Violência doméstica: do visível ao invisível. [periódico online] Rev. Latino-Am Enfermagem. 2007 mar/abr [citado em 20 jan 2009];15(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

SILVA MBGM, TONELLI ALN, LACERDA MR. Instrumentos do cuidado humanizado de enfermagem: uma reflexão teórica. Cogitare Enferm 2003 jan/jun; 8(1): 59-64.

SILVA, Bárbara Ferreira da; SOUZA, Nicolli Bellotti de. Importância da enfermagem no reconhecimento de abuso sexual em crianças. Revista Científica Online ISSN 1980-6957 v11, n2, 2019. Disponível em: http://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/IMPORTANCIA_DA_ENFERMAGEM_NO_RECONHECIMENTO_DE_ABUSO_SEXUAL_EM_CRIANCAS.pdf

SILVA, C. F.; DUTRA, S. P. A transmissão transgeracional e o adoecimento psíquico familiar, 2010. Disponível em: < psicologia.faccat.br/moodle/pluginfile.php/197/course/.../crstiane.pdf, 2010>.

SILVA, L.M.P.; CARVALHO, M. G. F.; SILVA, M. A. I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 5. p. 919-924, 2011.

VIOLA, T. W. *et al.* Trauma complexo e suas implicações diagnósticas, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082011000100010&lng=pt&nrm=iso>.

WOISKI, R.O.S., ROCHA, D.L.B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 143-150, mar. 2010.

WOISKI, R.O.S., ROCHA, D.L.B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 143-150, mar. 2010.



Saúde bucal da criança e do adolescente: importância e considerações

Amanda Rafael Felisberto

Graduada em Odontologia pela UNIARARAS e pós-graduanda em Odontologia estética.

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.153.2](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.153.2)

RESUMO

O desenvolvimento adequado da criança e do adolescente está inteiramente relacionado à situação de saúde geral de cada ser humano. Assim como a saúde física e emocional, a saúde bucal tem uma importância muito relevante para um bom desenvolvimento. Este artigo tem por objetivo enaltecer os pontos importantes e necessários no cuidado da saúde bucal de indivíduos em fase de crescimento, com o propósito de informar e orientar cuidadores, pais e responsáveis no que diz respeito à importância de uma correta higienização e, atenção aos sinais e sintomas decorrentes das principais desordens de origem bucal e dentária (sejam eles decíduos ou permanentes), que podem refletir em todo o organismo de um modo geral. Sendo assim é de suma importância a correta orientação de um profissional qualificado somada à colaboração dos pais e responsáveis, para inserir na rotina das crianças e adolescentes medidas preventivas de baixa complexidade, bem como uma alimentação adequada, com a finalidade de garantir uma excelente saúde bucal.

Palavras-chave: criança. adolescente. saúde bucal. cárie dentária. qualidade de vida.

ABSTRACT

Proper child and adolescent development is entirely related to the overall health status of each human being. Just like physical and emotional health, oral health is very important for a good development. This article has the objective of emphasizing the important and necessary points in the care of oral health of individuals in the growth phase, with the purpose of informing and guiding carriers, parents and guardians regarding the importance of correct hygiene and attention to the signs and symptoms resulting from the main disorders of oral and dental origin (be they deciduous or permanent), which can reflect on the entire organism in general. So it is of extreme importance to have the correct orientation from a qualified professional, in addition to the collaboration of parents and guardians, to insert low complexity preventive practices into the routine of children and adolescents, as well as an adequate diet, in order to guarantee excellent oral health.

Keywords: child. adolescent. oral health. tooth decay. quality of life.

INTRODUÇÃO

De acordo com a LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990 sobre o estatuto da criança e do adolescente:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

É evidente os direitos dos menores em relação ao acesso aos profissionais da saúde, porém, sabemos que nem sempre isso acontece de forma efetiva. Os dados são alarmantes quando constatamos como a saúde bucal acomete a população menor de idade.

De acordo com o Levantamento Epidemiológico Nacional realizado no Brasil (Saúde Bucal/SB; 2003) a saúde bucal dos adolescentes brasileiros apresenta níveis insatisfatórios,

com discrepâncias regionais. Nas regiões sul e sudeste do país cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista e, enquanto no Nordeste, esse percentual se eleva para 22%. É assustador observar que o principal motivo da ida ao dentista tenha sido a experiência de dor dentária, relatada por quase um terço dos adolescentes do estudo. Enquanto isso, entre os menores na faixa etária de 0 a 12 anos que são considerados crianças, a cárie dentária acomete 27% das dos indivíduos entre 18 e 36 meses de idade, sendo que este percentual chega a 59,4% aos cinco anos de idade. Entre as crianças de 12 anos, 70% possuem pelo menos um dente permanente cariado e, entre os adolescentes de 15 a 19 anos, 90% apresentam a doença (BRASIL, 2004).

Além da cárie, outros diversos problemas bucais acometem essa faixa etária, e provocam consequências consideráveis na qualidade de vida e desenvolvimento do menor. Entre eles podemos citar: a gengivite causada pela má higienização e que futuramente pode se desenvolver em uma doença periodontal mais severa, traumatismos dentários, má oclusão que pode também ser ocasionada pelo uso prolongado de chupeta, mamadeiras ou dedo, e desgastes causados pelo bruxismo muito comum principalmente no período de dentição mista.

O conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) tem sido utilizado para se referir ao impacto que as condições bucais podem ter nas atividades diárias, bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Em relação à “doença cárie” e às “más oclusões”, existem evidências científicas que revelam o impacto negativo na QVRSB de pacientes pré-escolares. O mesmo impacto negativo também já foi observado para as “lesões traumáticas dentárias” (Abanto J *et al.*, 2018).

Exposto isto, percebemos a total necessidade de uma correta orientação dos pais, responsáveis ou cuidadores, e até mesmo conscientização das próprias crianças e adolescentes, principalmente em ambiente escolar pois, os hábitos adquiridos na infância permanecerão pelo resto da vida.

Atenção e cuidados na primeira infância

De acordo com a Associação Brasileira de Odontopediatria, a primeira avaliação da cavidade bucal do recém-nascido deve acontecer ainda na maternidade pela equipe hospitalar e, logo que possível, pelo Odontopediatra no consultório (RUIZ, 2019). É recomendada uma criteriosa atenção à cavidade oral e a higienização deve acontecer diariamente com utilização de gaze estéril e água filtrada desde os primeiros meses, mesmo ainda não se fazendo presente nenhum elemento dentário na cavidade oral do bebê, promovendo assim uma melhor aceitação do bebê quando for necessária uma escovação efetiva já na presença dos dentes decíduos (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Após a erupção do primeiro dentinho no bebê e antes de iniciar a introdução alimentar, recomenda-se o uso de dedeiras de higienização, não se fazendo ainda necessário uso de cremes dentais, somente água filtrada. O creme dental sem flúor é indicado para iniciar o hábito da higienização bucal junto com a escova infantil, logo após o início da introdução alimentar, sendo que no momento em que a criança tiver a capacidade de cuspir e não ingerir o produto, deve-se iniciar o uso da pasta fluoretada com 1000 a 1500 ppm de flúor duas vezes ao dia, elemento muito importante para prevenção da doença cárie (NÚCLEO TELESÁUDE MS, 2014). A consulta com o profissional dentista especialista em bebês e crianças, denominado Odontopediatra deve acontecer já nos primeiros meses de vida. Ele quem irá orientar adequadamente

quanto à técnicas de higienização, utilização de cremes dentais de acordo com cada faixa etária, alimentação, processo cronológico de erupção e observar se há presença de alguma anomalia ou alterações/variações na cavidade oral do bebê como por exemplo, a presença de dentes natais (que já nascem com a criança) ou neonatais (dentes que aparecem no primeiro mês após o nascimento) (RUIZ, 2019).

Durante toda a primeira infância, idade que vai do nascimento ao sexto ano da criança (UNICEF., 2017), se faz extremamente necessária a manutenção e acompanhamento adequado da saúde bucal do menor, visto que nessa fase, de um modo geral, a ingestão de alimentos ricos em açúcares é maior, o que mais facilmente irá promover o desenvolvimento da doença cárie.

Visitas periódicas ao dentista

As visitas frequentes ao Odontopediatra ou até mesmo ao Cirurgião Dentista clínico geral, de acordo com a idade da criança ou adolescente, é de suma importância no processo para manter uma adequada saúde oral. No programa permanente de monitoramento, a “Manutenção Preventiva” é o retorno planejado do paciente que, quando foi consultado pela última vez, estava com adequada saúde bucal. O espaço natural para acontecer a atenção primária, seja nos serviços públicos coletivos ou na clínica particular, é a consulta protocolar de “Manutenção Preventiva”, que tem intervalos de tempo baseado no julgamento do cirurgião-dentista, de acordo com as necessidades odontológicas de cada paciente/família, variando de mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente (Beirne PV *et al.*, 2007).

A profilaxia realizada pelo profissional auxilia na prevenção da doença cárie e no aparecimento e desenvolvimento da gengivite e doença periodontal. Após um estudo realizado por Axelsson e Lindhe (1981), foi concluído que somente a higienização diária feita pela criança ou responsável, não é suficiente para controle da doença cárie, porém se mostrou efetiva para controle da gengivite. A higienização diária somada à limpeza profissional recorrente apresentou resultados satisfatórios no controle do aparecimento de cáries dentárias. Sendo assim, a prevenção é, e sempre será, a melhor opção a fim de evitarmos tratamentos mais complexos, com alto custo e com maior chance de causar estresse entre profissional, criança/adolescente e consequentemente, familiares.

Nas visitas periódicas ao dentista, também é possível que o profissional de saúde acompanhe o desenvolvimento dos ossos da face da criança, bem como a erupção e oclusão dentária podendo interferir, se necessário, com uso de aparelhos fixos e/ou removíveis. Afinal, um problema de oclusão, má formação óssea ou desordem na erupção dentária, podem acarretar severas consequências na fonética, deglutição e estética no futuro. O dentista também é responsável por avaliar a cavidade oral como um todo e observar se há presença de lesões, abscessos, inflamações gengivais e desgastes dentários, podendo assim tomar as medidas necessárias. A gengivite é uma desordem também muito comum nessa faixa etária e que recebe pouca atenção dos responsáveis, é causada pela má higienização e acúmulo de biofilme nos dentes entre os sulcos gengivais, devido à falta do uso correto e diário do fio dental. Quando descoberta inicialmente, a gengivite pode ser tratada por meio do controle mecânico da placa através da profilaxia, porém em estágios mais avançados pode-se desenvolver uma doença periodontal mais severa e acarretar graves consequências periodontais (Fejerskov O *et al.*, 2011).

Também é muito comum entre crianças e adolescentes, principalmente em fase de den-

tição mista (presença de dentes decíduos e permanentes) o surgimento do bruxismo, uma alteração na atividade muscular com origem no sistema nervoso central que acarreta desgastes iniciais ou severos nos dentes devido aos movimentos rítmicos da mandíbula somado ao apertamento, além de alterações na articulação temporomandibular, seja durante o dia (acordado) ou durante a noite (dormindo). O tratamento dessa desordem deve ser multidisciplinar já que tem relação com fatores biopsicossociais, se fazendo necessário mudanças de hábitos e acompanhamento emocional. A fim de diminuir as consequências do bruxismo, o Cirurgião Dentista pode indicar o uso de aparelhos com pistas e placas de proteção em casos mais severos (Lobbezoo F *et al.*, 2018).

A importância do flúor

Apesar da cárie ser uma doença multifatorial, já é constatado que a melhor forma de evita-la é removendo adequadamente o biofilme dental (resíduos de alimentos), principalmente após ingestão de alimentos ricos em açúcares, fator que causa uma queda no pH e, a partir do seu nível crítico, sendo o pH crítico para o esmalte em torno de 5,5, e para a dentina em torno de 6,5, na ausência de fluoretos (Abanto J *et al.*, 2018), inicia-se o processo de dissolução do mineral dentário e, conseqüentemente a doença cárie.

A remoção do biofilme associada ao uso de cremes dentais com flúor, são o caminho para uma vida sem cáries, e isso não é novidade pois desde 1970 essa constatação é definitiva (Ellwood e Fejerskov., 2011). No caso de crianças e adolescentes, a colaboração dos pais e responsáveis nos cuidados com a higienização, também são de suma importância. Não há relação entre a quantidade de dentifrício fluoretado que deve ser utilizado durante as escovações e o desenvolvimento da cárie. O que realmente torna relevante e eficiente o uso do creme dental é a concentração de flúor que deve ser, no mínimo, 1000 ppm na sua formulação. Para crianças abaixo de 3 anos a quantidade ideal é próxima à um grão de arroz, e sempre supervisionada pelo responsável devido ao fato de que nesta faixa etária pode acontecer a ingestão acidental do dentifrício que, em grandes quantidades, pode ocasionar manchamento por fluorose (Ashley *et al.*, 1999). Após essa idade, a quantidade deve ser aumentada gradativamente, sempre com supervisão de um adulto, até que a criança tenha capacidade de realizar sozinha uma higienização adequada e controlar a ingestão do creme dental. Em relação a escova ideal, o tamanho da cabeça interfere muito no acesso às regiões mais posteriores da boca, sendo assim as mais indicadas são as escovas infantis, com a cabeça bem pequena e cerdas macias.

Importância da dieta para saúde bucal

A população da grande maioria dos países da América Latina apresenta altos índices de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) de acordo com pesquisas da World Health Organization (1994). No Brasil, há uma elevada prevalência de cárie dentária em todas as idades, de acordo com um levantamento nacional realizado pelo Ministério da Saúde. Porém, houve uma redução nacional neste índice, nos últimos anos conforme estudos de Rosa *et al.* e Traebert *et al.* provavelmente, devido à expansão da fluoretação da água de abastecimento público em algumas regiões, além da disponibilidade de dentifrícios fluoretados em todo território nacional, a partir de 1989.

Uma alimentação saudável na infância é fundamental para um pleno crescimento e de-

envolvimento da criança e do adolescente e contribui para prevenção de doenças, refletindo na qualidade de vida da família como um todo. Fatores sociais, econômicos e culturais interferem negativamente na disseminação de problemas bucais. Grindejord *et al.* constataram que crianças com nível socioeconômico mais alto restringem mais o consumo de açúcar, um dos principais alimentos determinantes da cárie dentária, principalmente na infância. Enquanto crianças de níveis sociais mais baixos consomem uma quantidade maior de açúcar.

Uma dieta balanceada, com presença de frutas, verduras e legumes, auxilia na diminuição do risco da doença cárie, além de contribuir para a saúde de um modo geral. Na infância e adolescência é comum uma alimentação mais rica em carboidratos e açúcares, então cabe aos pais e responsáveis o controle dietético dos menores, e é muito válida uma conscientização das próprias crianças, para que possam fazer escolhas melhores na vida adulta. Além disso, uma correta higienização e controle de biofilme, bem como consumo de açúcares em momentos específicos (logo após as principais refeições, por exemplo) e não em livre demanda, podem auxiliar neste controle. A escovação noturna que deve ocorrer antes de dormir, tem forte impacto no controle de biofilme pois, durante o sono há uma redução significativa no fluxo salivar que, somado à presença de sacarose, gera uma vasta desmineralização do esmalte dentário. Sendo assim, a alimentação noturna baseada em açúcares e principalmente a mamadeira, deve ser monitorada para que haja uma correta higienização após o consumo deste tipo de alimento e antes de dormir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde bucal na infância e na adolescência é um assunto de suma importância, pois reflete na saúde geral do menor. O acompanhamento por um profissional cirurgião dentista desde o nascimento, ajuda a orientar os pais e responsáveis a maneira correta de higienizar os dentes e evitar problemas bucais de ordem severa. Além disso, com visitas periódicas ao dentista, é possível identificar alterações ósseas e de erupção que podem afetar a fala e a deglutição, além da estética na vida adulta, e se necessário, indicar um tratamento ortodôntico com uso de aparelhos fixos ou removíveis.

Somada à correta higienização, os hábitos alimentares contribuem muito para uma boa saúde bucal. A dieta é muito importante pois se houver uma ingestão de altos níveis de açúcares, a quantidade de sacarose no biofilme será maior, o que causa uma grande desmineralização do esmalte e, conseqüentemente, a doença cárie.

Dessa forma, unindo um bom acompanhamento profissional a uma excelente colaboração no núcleo familiar, é possível atingir uma saúde bucal satisfatória na infância e adolescência.

REFERÊNCIAS

1. OLIVEIRA, D.F.S.; MOURA H. G; DE OLIVEIRA J. A. Higiene Bucal de Bebês de 0 a 6 meses. Revista Científica do ITPAC, V.1, N.1, jul. 2008. Disponível em: Acesso em: 26 de out. 2019.
2. BRASIL. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. ECA _ Estatuto da Criança e do Adolescente.
3. UNICEF, 2017. Desenvolvimento Infantil. Disponível em www.unicef.org/brazil/desenvolvimento-

- infantil. Acesso em 01 de janeiro de 2023.
4. ASHLEY PF, ATTRILL DC, ELLWOOD RP, WORTHINGTON HV, DAVIS RM. Toothbrushing habits and caries experience. *Caries Res.* 1999 Sep-Oct;33(5):401-2.
 5. AXELSON P, LINDHE J. Effect of oral hygiene instruction and professional toothcleaning on caries and gingivitis in schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1981 Dec;9(6):251-5.
 6. TRAEBERT J, ALMEIDA IC, GARGHETTI C, MARCENES W. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do trauma na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. *Cad Saúde Publica* 2004; 20(2):403-410.
 7. ROSA FB, ROSA ME, CURY NF, OLIVEIRA SC. Projeto para um sorriso feliz: Programa de orientação de prevenção para mães. *Rev ABO Nac.* 1996; 4:36- 9.
 8. GRINDEFJORD, M.; DAHLLÖF, G.; MODÉER, T. Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age: a longitudinal study. *Caries Res*, v. 29, n. 6, p. 449-454, nov./dez. 1995
 9. BEIRNE PV, WORTHINGTON HV, CLARKSON JE. Routine scale and polish for periodontal health in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Oct 17;(4):CD004625.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal; 1988.
 11. World Health Organization. Study group on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva; 1990. Technical Report Series 797.
 12. BAUER, F; Artigo: O desenvolvimento da primeira infância como alicerce do desenvolvimento sustentável, Brasil; 2017.
 13. Núcleo de Telessaúde Mato Grosso do Sul; Artigo: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência; Brasil; 2014.
 14. ABANTO J, OLIVEIRA LB, PAIVA SM, PORDEUS I, HADDAD AE, BONECKER M. Epidemiologia dos problemas de saúde bucal que afetam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças. In: Bönecker M, Abanto J, Imparato JCP, Corrêa MSNP, Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria: evidências científicas para a conduta clínica em bebês e pré-escolares.* São Paulo: Quintessence editora, 2018.
 15. GIORDANO DV. Odontologia para bebês. *Rev Bra Odontol.* 2001; 58:150-1.
 16. SILVA CSDV, BENEDETTO MS, BONINI GAVC, IMPARATO JCP, Politano GT. Conhecimento de pediatras sobre saúde bucal em Belo Horizonte: O que realmente é preciso saber? *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2014; 68:126-31.
 17. ELLWOOD R, FEJERSKOV O. Uso clínico do flúor. In: *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico.* São Paulo: Editora Santos, 2011; p. 189-219
 18. SOUTO, D.S; BARROSO, H. H; FERNANDES, I. B; JORGE, M. L. R; Promoção à saúde bucal do bebê. Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri UFVJM; 2021.
 19. AUAD SM, PORDEUS IA. Nutrição e sua influência nos processos de odontogênese, erupção e

- desenvolvimento da cárie dentária. Rev CRO MG. 1999; 5(3):151-5.
20. TOMITA NE, Bijella VT, LOPES ES, Franco JT. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância dos fatores sócio-econômicos. Rev Saúde Pública. 1996; 30(5):413-20.
21. TOLEDO OA, BEZERRA ACB, BEZERRA VLVA, Dristig EB. Cárie e estado nutricional, prevalência da cárie dentária relacionada com o estado nutricional em população de baixa renda do Distrito Federal. RGO. 1989; 37(4):295-8.
22. GERLACH RF, SOUZA MLR, CURY JA. Esmalte dental com defeitos: de marcador biológico a implicações clínicas. Rev Odonto Ciênc. 2000; 31:87-102.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal; 1988.
24. BRASIL. Portaria n.22/SNVS de dezembro de 1989. Define normas e registro de controle de enxaguatórios bucais com flúor para uso diário e de dentifrícios com flúor. Diário Oficial da União. 1989; Seção I; 24-171.
25. LOBBEZOO F, AHLBERG J, RAPHAEL KG, WETSELAAR BP, GLAROS AG, KATO T, *et al.* International consensus on the assessment of bruxism: report of a work in progress. J Oral Rehabil. 2018 Nov;45(11):837-844.
26. RUIZ, D. R. Orientações aos pais sobre cuidados com a saúde bucal do bebê e da AR
27. Colares V, Caraciolo GM, Miranda AM, Araújo GVB, Guerra P. Medo e/ou ansiedade com fator inibitório para a visita ao dentista. Arq. Odontol. 2004; 40:59-72.
28. NORONHA, J. C, GOMES, H.E, MORDENTE, C.M, SOUKI, B.Q. Saúde bucal na infância e adolescência. Revista RMMG, 2017.
29. BATISTA, R. L. V, MOREIRA, E. A. M, CORSO. A. C. T. Food, nutritional status and oral condition of the child. Scielo Brasil, 2007.



O modelo biopsicossocial de atendimento na saúde da criança

Camila Evelyn Albues Melo Torres

Doutoranda - Universidade Presbiteriana Mackenzie

Adrya Renata Santana Machado

Acadêmica de Enfermagem - UFMT

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.153.3](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.153.3)

RESUMO

A chegada de um filho com deficiência pode ser acompanhada de inúmeros sentimentos não só para os pais, mas também para os demais filhos, afetando a dinâmica familiar e predispondo a um prejuízo nas relações entre todos que compõem esse núcleo. O objetivo deste texto é discutir e refletir sobre o papel dos profissionais que atendem e tratam crianças com deficiência, considerando a importância do empoderamento familiar em participar da definição de prioridades para a criança. Foi realizada uma revisão da literatura sobre a família, com foco em estudos sobre irmãos de pessoas com deficiência e no modelo de cuidado centrado na família foi o método adotado para abordar o tema. A literatura tem repetidamente mostrado a necessidade de atenção a todos os familiares que possuem uma pessoa com deficiência entre seus membros. Vários prejuízos aos irmãos já foram relatados, como ciúmes, diminuição do desempenho escolar, problemas sociais e distúrbios do sono. Diante disso, o modelo de cuidado centrado na família mostra-se uma abordagem eficaz para minimizar possíveis sentimentos relacionados à falta de atenção dos pais pelos irmãos de pessoas com deficiência.

Palavras-chave: modelos biopsicossociais. assistência de saúde universal.

ABSTRACT

The arrival of a child with a disability can be accompanied by countless feelings not only for the parents, but for the other children, affecting the family dynamics and predisposing to a loss in the relationships between all those who make up this nucleus. The purpose of this text is to discuss and reflect on the role of professionals who attend and treat children with disabilities, considering the importance of family empowerment in participating in the definition of priorities for the child. A literature review was carried out on the family, focusing on studies on siblings of people with disabilities and on the family-centered care model was the method adopted to approach the topic. Literature has repeatedly shown the need for attention to all family members who have a person with a disability among their members. Various damages to siblings have been reported, such as jealousy, decreased school performance, social problems and sleep disturbances. The family-centered care model proves to be an effective approach to minimize possible feelings related to the lack of attention on the part of parents for siblings of people with disabilities.

Keywords: biopsychosocial models. universal health care.

INTRODUÇÃO

O modelo biopsicossocial é definido como uma abordagem holística, multidisciplinar que compreende as dimensões biológica, psicológica e social de um indivíduo e sua interação ambiental através de suas vivências e forma como tanto a família, indivíduo e a equipe médica experimentam a “saúde e doença” e suas implicações em diferentes áreas da vida (ENGEL, 1977).

A estrutura do modelo biopsicossocial (BPS) foi construída como um modelo científico que propõe aos médicos mudança em seu conceito de “saúde e doença” que perpassasse a quebra do modelo médico e atendesse as questões biologia, psicologia e as sociais e seus níveis sociais de funcionamento (PODGORSKI *et al.*, 2021).

O psiquiatra George Libman Engel (1977) foi o idealizador do modelo biopsicossocial este propõe a ruptura do modelo biomédico insuficiente para lidar com as queixas dos pacientes.

O conceito do modelo biopsicossocial, advém do final da segunda Guerra Mundial e a criação da OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1948, propiciou uma discussão abrangendo o conceito e definição de saúde; não sendo só ausência de doença, mas sendo definida como um completo bem-estar físico, psíquico e social, ao qual sobrepujava a concepção biomédica (SOUZA E SILVA *et al.*, 2019).

A Conferência de Alma-Ata (1978) suscitou a proposta de Saúde para todos até o ano 2000 e forneceu estratégias de Promoção de Saúde ampliando o conceito de saúde e o modelo biopsicossocial, superando o modelo biomédico. A carta de Ottawa propôs que uma população saudável possui: habitação adequada, condições adequadas de saneamento básico; educação; alimentação; renda e inserção no mercado de trabalho, tendo boas políticas que proporcionem lazer; justiça social e equidade garantindo direitos fundamentais dos cidadãos (BRASIL, 2002).

Santos *et al.* (1999) coloca que historicamente as concepções e ações em saúde buscam superar o modelo biomédico; este saindo do século XIX que em sua prática médica volta-se para a morbimortalidade, caracterizada pela predominância de doenças infecciosas; apresentando os seus elementos curativista marcada pelo mecanicismo (apenas uma causa atuando num corpo, sempre produzindo um efeito- noção da unicausalidade uma causa, produzindo um efeito. Outra concepção do modelo médico é o biologicismo ao qual as doenças e suas curas sempre ocorrem no nível biológico; em paralelo o individualismo constitui-o objeto das ações em saúde, focadas no indivíduo, sendo tratado por outro indivíduo e excluindo, portanto, o contexto ambiental, social e histórico.

No transcorrer do século XIX ocorreu uma mudança no perfil epidemiológico deixando assim as doenças transmissíveis, de serem menos frequentes, devido essencialmente às melhorias nas condições gerais de vida; passando a ter um aumento na prevalência de doenças denominadas degenerativas, consequências dos progressos médicos, tecnológicos e avanços científicos (Dardet, 1994; SANTOS, 1999).

No Brasil a Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi um marco para o processo de construção democratização da saúde e conseqüentemente discussão da amplificação do modelo médico para biopsicossocial. Esse processo foi resultado das propostas e das lutas do movimento da Reforma Sanitária, resultando em uma maior participação da sociedade civil e nas deliberações sobre a política de saúde, e conceitos e discussão sobre o mesmo (Rosário *et al.*, 2020).

Em 1988 A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Gradualmente conceito de saúde no Brasil foi sendo implementado implicando em mudanças do seu modo de compreender o processo saúde-doença e as práticas sanitárias. A saúde começa a ser definida como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um viver “desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente.

(MENDES, 1996; PEREIRA *et al.*, 2011).

O modelo biopsicossocial implica em ações integradas e interdisciplinares que necessitam de maturidade em função da formação dos profissionais de saúde, dos modelos de gestão e funcionamento do sistema de saúde como um todo (PEREIRA *et al.*, 2011).

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

Em 2001 OMS aprovou a publicação da a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) trazendo um modelo de função e incapacidade e um sistema de classificação. O modelo proposto baseia-se na junção dos modelos médico e social, e uma abordagem biopsicossocial é usada para se obter uma integração das várias dimensões da saúde (biológica, individual e social) (OMS, 2003; SAMPAIO, 2009).

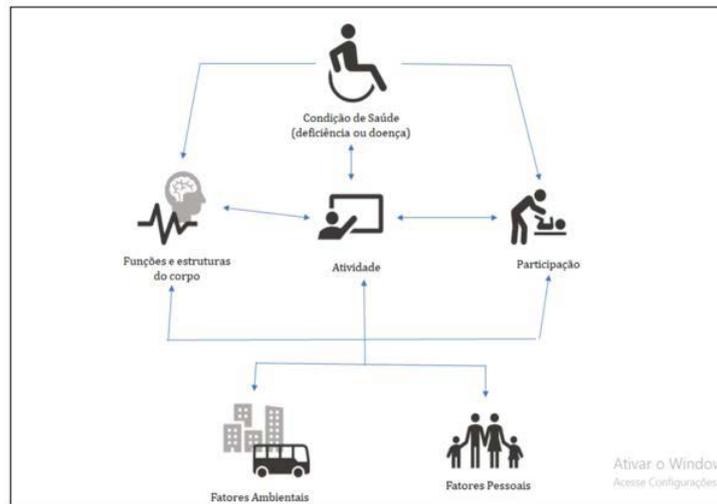
A CIF tem como objetivo geral proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, apresentando uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde e os impactos dessa condição em termos de funcionalidade, a classificação pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvidas pela (OMS) para aplicação em vários aspectos da saúde. A família de classificações internacionais da OMS fornece um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde (e.g., diagnóstico, funcionalidade e incapacidade, razões para o contato com os serviços de (OMS, 2001; BUCHALLA, 2008; LUNA *et al.*, 2020).

Os componentes de saúde são considerados como domínios, portanto, são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação (OMS, 2003; BUCHALLA, 2008).

Esses domínios descrevem três níveis nos quais os humanos funcionam: (1) o corpo ou parte do corpo, (2) a pessoa inteira e (3) a pessoa inteira em um ambiente social (OMS, 2001).

O agrupamento sistemático realizado através da classificação na CIF possui diferentes domínios de uma pessoa em uma determinada condição de saúde (uma doença ou transtorno faz ou pode fazer); sendo a funcionalidade um termo abrangente para todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, a incapacidade sendo um termo utilizado para as deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação. A CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem com todos estes construtos (BUCHALLA, 2008).

Figura 1 - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.



Fonte: Disponível em <https://www.vidamaislivre.com.br/colunas/o-modelo-biopsicossocial-da-cif/>. Acessado em 04/04/2022.

MODELO TEÓRICO DAS FASES PSICOSSOCIAIS

Para Erik Erikson (1972), o desenvolvimento psicossocial era possível através de mudanças a partir dos estágios etários vividos, diante do desenvolvimento da personalidade através da resolução de problemas e tensões ao longo das várias etapas da vida. Para isso, foram mapeados 8 estágios da idade das fases psicossociais.

O primeiro estágio que vai desde o nascimento aos 1 ano e meio. Descrita como fase da Confiança básica versus Desconfiança básica, pautada na confiança e esperança criadas a partir da dedicação da mãe ao alimentá-lo nos horários corretos, e aprende a confiar em si mesmo e na capacidade de enfrentar desejos urgentes. Nesta fase também é desenvolvida a desconfiança, onde a criança aprende a também desconfiar de sua mãe quando suas necessidades ditas urgentes não são sanadas, como quando choram incansavelmente e a mãe não é capaz de cessar seu desespero (CARPIGANI, 2010).

O segundo estágio trabalha a Autonomia versus Vergonha, e ocorre entre 1 ano e meio e os 3 anos de idade, onde é desenvolvida a vergonha e a dúvida, nessa fase da vida a criança já com alguns controles motores desenvolvidos, buscam novas experiências através da exploração de espaço em busca de alguma autonomia, a partir desta exploração cria-se os conceitos de regras e disso nasce a sensação de acertos somatizados aos orgulho quando se alcança o esperado através da parabenização dos pais, e diante disso, e ao errar nas tarefas, a sensação de impotência e raiva direcionados a si mesmo instala-se a vergonha (RABELLO & PASSOS, 2013).

O terceiro estágio desenvolve-se a iniciativa e a culpa, entre os 3 e 6 anos de idade, quando a criança começa a trabalhar o início de novas atitudes advindas de boas experiências no momento de desenvolvimento anterior, os pais podem ser potencializadores desta fase, ao incentivar o início de novos projetos. E quando há a falha ou erro destes projetos, uma nova experiência se desperta, a culpa, evidenciando ser uma pessoa fraca e incapaz, nesta fase as meninas tem a tendência de sofrer mais, diante de um aspecto social misógino que evidencia que a ausência do pênis, pode levá-la a papéis sociais totalmente desprovidos de poder (NASCIMENTO; ALVES; JUNIOR, 2015).

O quarto estágio ocorre entre os 6 anos de idade e a puberdade, onde desenvolve-se diligência e a inferioridade. É quando a criança está em transição da aprendizagem intrafamiliar, para a instrucional da sociedade, o grande risco ocorrente desta fase, é o recrudescimento do sentimento de inadequação e inferioridade, quando as habilidades de desenvolvimento não são incentivadas, nascendo a inferioridade. A partir deste ponto de referência, a criança desenvolve o senso de produtividade e trabalho como única forma de valor, a partir disso a diligência é desenvolvida (RABELLO & PASSOS, 2013).

O quinto estágio está a identidade e a confusão de papéis, que aborda uma crise de identidade, vivida ao longo da adolescência até a primeira parte da vida adulta. Essa fase é crítica pois o adolescente está saindo do seio familiar, para o mundo exterior. Está no desenvolvimento de senso crítico, assimilando valores culturais e ficando mais maduro através da reflexão de atividades cognitivas. Durante esse período, os conflitos das fases anteriores são revividos, o que ajuda a moldar sua identidade. Ao chegar a fase de jovem-adulto, há a expansão do ego por confiança, autonomia, iniciativa e produtividade, o que o faz entender seu papel enquanto ser humano (CARPIGIANI, 2010).

No sexto estágio, o indivíduo está em sua fase de jovem-adulto, a intimidade e o isolamento são fatores em desenvolvimento. Nessa fase está o desenvolvimento das relações interpessoais com outro indivíduo de forma íntima, sem se sentir recuado, para que isso ocorra, as experiências nas fases anteriores teriam que ser positivas, ou esta fase se desenvolve modo introspectivo e negativo ou com retardo. Desse modo, podendo haver o isolamento deste jovem-adulto por medo de estabelecer relações afetivas duradouras em detrimento ao medo de conexões afetivas e íntimas (NASCIMENTO; ALVES; JUNIOR, 2015).

O sétimo estágio, considerado o maior período entre os 8, por durar a vida adulta intermediária, está ligada a generatividade e a estagnação. O desenvolvimento das capacidades nos estágios anteriores ditam se o indivíduo será capaz de conquistar e prosseguir uma relação afetiva que o levará a criar uma nova geração, bem como prover de modo efetivo à ela e ensinar a respeito dos aspectos humanos que basicamente regem nossa vida as qualidades como amorosos, cooperativos, firmes e alguns não tão desejáveis como raiva, angústia e divisões. No final desta idade, a generatividade toma outro sentido, o papel de guia, o que os livra do papel de cuidador, e pode ser designado como não-necessário, o que pode trazer um sentido de inutilidade. O fato de não existir novos desafios e decisões a serem tomadas, pode-se sentir um senso de estagnação. No entanto, este papel pode ser recebido por alguns indivíduos com satisfação, pela promessa de descanso após uma vida de grandes responsabilidades generativas (CARPIGIANI, 2010).

O último estágio, oitavo, está na velhice, e corresponde ao ego e desespero. A vivência plena e vitoriosa dos estágios passados faz com que este estágio se torne tranquilo e seguro para o caminho até o fim de seu ciclo. A integridade entra na associação das imagens do passado em que se assumia uma liderança e a eventualmente renuncia-la, isto é, aceitar o ciclo vital finito. Nesta fase, a não-aceitação das limitações desta fase, trazida pelo ego ao não fazer a integração entre o sentido da vida aos conflitos vivenciados. Esta negação pode estar ligada a geração seguinte estar sem os padrões zelo, amor, instrução e treinos, que os antes fora ensinado, causando desesperança sobre a geração o qual está prestes a entregar a liderança (RABELLO & PASSOS, 2013).

Ainda no modelo teórico do desenvolvimento, Piaget (1999) elencou quatro estágios que descrevem o desenvolvimento infantil respectivamente como: sensório motor, pré-operacional, operacional concreto e operacional formal.

O primeiro estágio, Sensório Motor, se inicia ao nascimento até os 2 anos de idade. Se caracteriza pelo contato do bebê com o meio externo e a sua percepção sobre si através da observação e palpação e sobre o ambiente por meio do tato, visão e por tentar alcançar objetos, que é determinado após essa percepção sobre si e sobre o seu ambiente estar mais refinada pelo desenvolvimento da ação mental e física em conjunto (SCHIRMANN, *et al.*, 2019).

O estágio pré-operatório é dos 2 aos 7 anos de idade. Está na construção constante de pensamentos lógicos, ainda com concepções egocêntricas, acreditando que o mundo é feito para si e seus objetivos, o que acaba limitando suas interações, pois se frustra ao ser contrariado quando expõe seu pensamento. Quando há a percepção de que possa estar equivocado, há a insegurança do desconhecido e começam a agir com cautela e insegurança diante das incertezas da vida (LIMA, 2021).

Já no estágio operacional concreto, se apresenta a partir dos 7 aos 12 anos de idade. Caracterizado pela capacidade de resolução de problemas reais, assim como o conhecimento correto, real e adequado de objetos e situações da realidade externa, e também há o desenvolvimento de localização, onde a criança começa a entender e formar trajetos onde esteve e por onde se transita, sendo capaz de classificar, seriar e ligar aos objetos ao seu redor, capacidade essa classificada de inferência transitiva (PAPALIA, 2006).

E o último estágio que é a partir dos 12 anos, chamado de estágio operacional formal. E está relacionado ao desenvolvimento do raciocínio hipotético-dedutivo, que é responsável pela criação de grandes invenções e de solução à problemas do cotidianos. Com a melhora de raciocínio cognitivo e o desenvolvimento do pensamento abstrato, bem como a relação de fatores e não somente de deduções por hipóteses. Diante de todo esse amadurecimento intelectual, há o início da busca de identidade, o que gera conflitos internos pela busca de autonomia (SCHIRMANN, *et al.*, 2019).

VIVÊNCIA DO PACIENTE NO MODELO BIOPSISSOCIAL

O modelo biopsicossocial trabalha uma vertente humanizada, abordando todos os aspectos que circundam os pacientes, diferente do modelo biomédico com enfoque no tratamento das doenças. O paciente se beneficia deste atendimento diante do olhar integral sobre sua vida, aspectos sociais, econômicos e biológicos, o que transmite exclusividade e atendimento empático (CASTANEDA, 2019).

No Brasil, existe a Educação Popular em Saúde (EPS), que parte da premissa da aprendizagem significativa e problematizadora para a população, com estratégias que possibilitam a construção coletiva e o diálogo que cada protagonista do SUS (trabalhador, usuário e gestor) pode conceber. Além de sugerir caminhos para relações horizontais, compartilhando, educando, aprendendo, construindo e desmontando ideias e concepções sobre saúde, sua produção, funcionamento e papéis (BRASIL, 2013).

Desse modo, a importância da educação em saúde para a população reforça as con-

dutas de saúde adotadas por profissionais da saúde. Isso ocorre pois o uso das informações comunicadas ao público como uma ferramenta para melhorar os cuidados de saúde pública. Com a escuta e o diálogo, é possível realizar um trabalho humanizado a partir dela. Nas necessidades individuais de cada pessoa, utilizando métodos dinâmicos para o desenvolvimento eficaz de projetos adaptados às necessidades individuais da população em causa, tendo em conta as questões levantadas no diálogo e na escuta (FALKENBERG, 2014).

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO MODELO BIOPSISSOCIAL

A formação dos profissionais em saúde deve fornecer conhecimento necessário para prestar o atendimento ao paciente de no mínimo as necessidades mais básicas humanas. No entanto um atendimento humanizado e individual, causa um impacto extremamente positivo ao paciente, pois este sente-se escutado e compreendido, o que é um potencializador para o bem estar humano e influencia diretamente no estado de saúde. O que é o objetivo na centralidade do atendimento voltada ao paciente e a comunidade (CRUZ, *et al.*, 2013).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), outra política de educação em saúde concebe que a transformação dos serviços de ensino, na condução do sistema de saúde não deve ser simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, processos, atos de saúde e nas pessoas. Os profissionais da saúde considerados detentores das tomadas de decisões, trata de acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com qualidade, com a devida condução do sistema e dos serviços de saúde, com implementação de modelos organizacionais, e estruturados com assessoramento e colegiados, para que assim haja um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, valorizando assim esses atores sociais do trabalho (BRASIL, 2004).

Diante disso, existe metodologias comumente utilizadas em educação permanente, uma delas é a dupla-face, que consiste em sala de aula invertida onde o aluno busca informações a respeito do material disponibilizado por docentes previamente a aula, e se torna o autor do próprio conhecimento diante das limitações que se encontra no decorrer do processo. Isto é, sempre buscando aprofundar seus conhecimentos, para não se limitar a leituras superficiais, tornando-o agente do próprio processo de educação (DE MARCO, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa exposta, a literatura demonstra a necessidade de mudança do Modelo Biomédico empregado majoritariamente nas redes de saúde do mundo. O Modelo Biopsi-social demonstra maior eficácia no tratamento por humanizar todos aspectos humanos que formam o paciente, não somente centralizado na cura e/ou tratamento da doença, em especial ao se tratar do cuidado com crianças com deficiência, pois os pais sempre encontram diversas barreiras sociais a serem enfrentadas durante o curso da vida. Para isso, a formação dos profissionais em saúde deve-se seguir o modelo biopsi-social, ou seja, trabalhar durante a graduação os aspectos humanos a serem observados e tratados de modo humanizado baseados nas evidências científicas encontradas ao longo de sua formação. A presente pesquisa evidenciou a necessidade de implementação massiva deste modelo de educação permanente, para melhoria progressiva dos atendimentos de saúde, propiciando melhoria da qualidade de vida populacional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUCHALLA C. M. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde / [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, 1. ed., 1. reimpre. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

CARPIGIANI, B. Erik H. Erikson – Teoria do Desenvolvimento Psicossocial. Newsletter, ed. 7. Disponível em: < http://www.carpsi.com.br/Newsletter_7_ago-10.pdf>. Acesso em: 29 de novembro de 2022.

CASTANEDA, L. O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsicossocial: apreender para agir. CoDAS [online]. 2019, v. 31, n. 5 [Acessado 20 dezembro 2022], e20180312. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018312>>. Epub 14 Out 2019. ISSN 2317-1782. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018312>.

CRUZ, C. S. S.; *et al.* Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva. Rev. da Univ. Val. Rio Verde, Três Corações, v. 11, n. 1, p. 30-39, jan./jul. 2013. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/974/pdf_6>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvr.2013.111.3039>.

DARDET, C.A. Que es lo novedoso en la nueva salud pública? jan, v. 46, n. 1067, p. 39-42, jan./fev. 1994.

DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rev. Bras. de Edu. Med. [online]. 2006, v. 30, n.1 [Acessado 20 dezembro 2022], pp. 60-72. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000100010>>. Epub 09 Jan 2007. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000100010>.

ENGEL G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977, 196: 129-136. DOI: <http://doi.org/10.3109/13561828909043606>.

ERIKSON, E. H. Identidade, juventude e crise. Zahar. Rio de Janeiro, RJ. 1972.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 03 [Acessado 20 dezembro 2022], pp. 847-852. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

LIMA, C. C. N. Relação professor-aluno: a importância da afetividade para uma parceria de sucesso.

Universidade Federal de Uberlândia. Votuporanga - SP, 2021.

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

NASCIMENTO, I. R. V.; ALVES, E. S., JÚNIOR, J. P. Contribuições do pensamento de Erik Erikson à ideia de formação humana à educação. II Cong. Nac. Sau. Jan. de 2015. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV045_MD1_SA6_ID2022_09092015150858.pdf. Acesso em: 09 dez. 2022.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2001.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano. ARTMED. ed. 8. Porto Alegre-RS, 2006.

PEREIRA, T. T. S. OI, BARROS M. N. S, AUGUSTO M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. Mental, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 abr. 2022.

PODGORSKI C A, ANDERSON S D; PARMAR J. A Biopsychosocial-Ecological Framework for Family-Framed Dementia Care. *Frontiers in Psychiatry*, V.12, 2021.

RABELLO, E.T. e PASSOS, J. S. Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento. Disponível em <<http://www.josesilveira.com>> no dia 16 de agosto de 2013.

ROSÁRIO C.A; BAPTISTA T.W.F, MATTA G.C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde debate*, V. 44, N. 124, P. 17-31, 2020.

SAMPAIO R.F, LUZ M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 25 n.3 p.475-483, 2009

SANTOS, J.L.F., WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.

SCHIRMANN, J. K., *et al.* Fases de desenvolvimento humano segundo Jean Piaget. In: VI CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. 2019. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO_EV127_MD1_SA9_ID4743_27092019225225.pdf. Acesso em: 23 nov. 2022.

SOUZA E SILVA M.J; SCHRAIBER L.B; MOTAA. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29 p.1,2019.



Sobre as identificações no autismo

Cleuber Cristiano de Sousa

Doutorando pela UVA, Universidade Veiga de Almeida, em Psicanálise, Saúde e Sociedade.

DOI: [10.47573/ayd.5379.2.153.4](https://doi.org/10.47573/ayd.5379.2.153.4)

RESUMO

As identificações são a forma mais original de ligação emocional antes mesmo de um determinado objeto ser formado. Ferbain (1940) afirma que o desenvolvimento da criança propicia a ela a internalização não só de uma pessoa ou objeto, mas conforme vai ampliando seu percurso de vida, a internalização também se amplia aos relacionamentos completos, estes mesmos que são caracterizados no retraimento como reciprocidade socioemocional e compreensão de relacionamentos empobrecidos no autismo. Segundo Freud (1905), um exemplo de experiência amorosa positiva é o período de amamentação do bebê. Já, na posição autista, a ausência de atenção compartilhada ou contato visual não sustentado figura uma unicidade mãe-bebê enfraquecida. As relações entre a experiência positiva do self (bebê) juntamente com a do objeto (mãe amorosa) é um trilhamento afetivo positivo. Klein (1946) justifica que isso acontece porque, com a introjeção do objeto como um todo, as relações de objeto do bebê se alteram, fundamentalmente, sendo que a identidade de percepção pela realização de um desejo é uma repetição relacionada a uma satisfação, que na vida do bebê é percebida como realidade alucinatória. No autismo, as identificações se encontram contidas e esfaceladas em um retorno contínuo ao objeto interno. É importante afirmar que o estímulo pulsional não provém do meio externo, mas sim do próprio interior do organismo, agindo de forma específica no psíquico e exigindo ações distintas de eliminação e descarga. Freud (1911) atribuiu à fuga motora o protótipo da ação apropriada à neutralização deste impacto em uma única ação.

Palavras-chave: identificações. identidade. laços sociais. sujeito. autismo.

ABSTRACT

Identifications are the most original form of emotional attachment even before a particular object is formed. Ferbain (1940) confirms that the child's development provides him with the internalization not only of a person or object, but as he expands his life path, the internalization also extends to complete relationships, the same ones that are characterized in withdrawal as reciprocity socioemotional and understanding impoverished relationships in autism. Freud (1905) stated that an example of a positive love experience is the baby's breastfeeding period. In this period, the absence of shared attention or unsustained eye contact represents a weakened mother-infant uniqueness, in autism. The relationship between the positive experience of the self (baby) together with that of the object (loving mother) is a positive affective experience. Klein (1946) justifies that this happens because, with the introjection of the object as a whole, the baby's object relations are fundamentally altered, and the identity of perception by the fulfillment of a wish is a repetition related to a satisfaction, which in reality baby's life is perceived as a hallucinatory reality. In autism, identifications are contained and crumbled in return to the internal object. It is important to state that the instinctual stimulus does not come from the external environment, but from the very interior of the organism, acting in a specific way in the psyche and demanding different actions of elimination and discharge. Freud (1911) attributed to motor escape the prototype of the appropriate action to neutralize this impact in a single action.

Keywords: identifications. identity. social ties. subject. autism.

INTRODUÇÃO

A psicanálise se insere neste séc. XXI pela multiplicidade de identificações e pelas vias de ressonância, tanto no que se refere aos fenômenos da mundialização pela pandemia, que estreitou distâncias, quanto pelas dissonantes correntes e propostas de constituição de sujeitos, história, simbólico e cultura. Esta noção de proximidade e distanciamento se tornou um ponto equidistante imaginário. O encurtamento do simbólico, por conta do “*Fique em casa!*”, não figurou somente um caráter de isolamento social, também, inaugurou o advento da comunicação enquanto mecanismo dinâmico de um corpo existencial que se esgotava no individual, clamando um coletivo de saúde mental e física de ser e sentir laborado pelo falar.

Ser e se sentir real dizem respeito essencialmente à saúde, e só se garantirmos o ser é que poderemos partir para coisas mais objetivas. Sustento que isso não é apenas um julgamento de valor, mas que há um vínculo entre a saúde emocional individual e o sentimento de se sentir real. (WINNICOTT, 1967 / 1999, p. 18)

Ao se tratar das relações sociais em contextos específicos (Pandemia), é importante ressaltar as identificações que consistem na linha do percurso psicanalítico para compreender os laços de pertencimento e a própria constituição do sujeito marcado pela história e tocado pelo simbólico em sua instância primária e secundárias (narcísica e parcial). Segundo Freud (1923), as identificações seriam a forma mais original e primitiva de expressar um vínculo.

Os efeitos das primeiras identificações efetuadas na mais primitiva infância serão gerais e duradouros. (FREUD, 1923a, p.45)

Na sua obra *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921), um Freud emerge além dos conceitos *de pulsão de morte, de Eros e de negação*, já percorridos em obras anteriores, e apresenta a dinâmica social e uma análise das identificações que culminam em uma análise social que, atualmente, explica e descreve o momento histórico perverso que assistimos ou, se assim podemos dizer, pasmados vivenciamos. Fomos provocados a reinventar as relações sociais e os contextos foram reconhecidos como um loop infinito de retorno aos conteúdos traumáticos de nossa vida infantil.

As incertezas e a variabilidade constantes se alternaram na autorregulação da dinâmica da vida e lançados a um universo de sensações, uma normalidade aparente contrastava com o emergente turbilhão de sentimentos de renúncia instintual pelas perdas maternas, paternas e de pessoas do nosso convívio diário.

A interpretação do jogo tornou-se então óbvia. Ele se relacionava à grande realização cultural da criança, a renúncia instintual (isto é, a renúncia à satisfação instintual) que efetuará ao deixar a mãe ir embora sem protestar. Compensava-se por isso, por assim dizer, encenando ele próprio o desaparecimento e a volta dos objetos que se encontravam a seu alcance. (FREUD, 1920/1976, p. 26)

Para Freud (1921), as identificações são as formas mais defensivas de se relacionar a algo, como tendência do ego, e, às vezes, até anterior a constituição de um objeto. As três formas de identificação emergem uma articulação que presume a constituição do sujeito histórico movido pelo desejo e marcado pela falta. Em tempos de instabilidade emocional, uma subjetividade relativamente exacerbada se tornava um mecanismo de descompensação do investimento e, por consequência, da economia libidinal.

Uma moção dessas é o que chamamos desejo [Wunsch]; o reaparecimento da percepção é a realização do desejo [Wunscherfüllung], e o investimento pleno da percepção por parte da excitação da necessidade é o caminho mais curto para a realização de desejo. (Freud, 1900/2015, p. 594)

REVISÃO DE LITERATURA

As identificações e o laço social

Freud (1923), na sua teoria do complexo de Édipo, inaugura uma propositura revolucionária sobre a elaboração de uma sexualidade infantil, ou seja, a criança como um corpo pulsional.

O superego retém o caráter do pai, enquanto que quanto mais poderoso o complexo de Édipo e mais rapidamente sucumbir à repressão (sob a influência da autoridade do ensino religioso, da educação escolar e da leitura), mais severa será posteriormente a dominação do superego sobre o ego, sob a forma de consciência (conscience) ou, talvez, de um sentimento inconsciente de culpa. (...) O ideal do ego, portanto, é o herdeiro do complexo de Édipo, e, assim, constitui também a expressão dos mais poderosos impulsos e das mais importantes vicissitudes libidinais do id. (FREUD, 1923/1996, p. 49-51)

Freud (1921) afirma que o núcleo do que queremos significar por amor consiste naturalmente (e é isso que comumente é chamado de amor e que os poetas cantam) no amor sexual, com a união sexual como objetivo. Para Lacan (1966), o significante se expressa através do desejo. Assim, pode-se perceber uma relação imediata com o inconsciente, imediata, mas constante. Somos seres desejanter, então, somos significantes; a própria fala constituída.

Lacan (1966), ainda, institui:

O inconsciente não é uma espécie definida na realidade psíquica pelo círculo do que não tem o atributo (ou a virtude) da consciência". (Lacan, 1966, p. 830)

Para Lacan (1956), é nas abordagens sistêmicas da estrutura que o desejo inconsciente é organizado como a linguagem, atravessando o simbólico. É neste campo da linguagem que o sujeito se constitui na relação com o outro. Mas que outro? E há sempre um outro, mesmo que o sujeito seja esvaziado? A teoria do vaso se figura no *vazio* ou no *nada*?

É a partir desse significante modelado que é o vaso, que o vazio e o pleno entram como tais no mundo". (LACAN, 1959-60/1997, p.152)

Percebe-se, assim, o simbólico como ação de descentramento introduzido pela noção de inconsciente, da psicanálise freudiana. Esta forma de relação associa e, ao mesmo tempo, institui o fortalecimento dos laços de pertencimento social a um grupo. É nesta ação que as relações se constituem em uma forma de identificação parcial e um líder passa a ser o centro de uma forma contratransferencial fundada na empatia (identificação secundária/parcial).

Só através da influência de indivíduos que possam fornecer um exemplo e a quem reconheçam como líderes, as massas podem ser induzidas a efetuar o trabalho e a suportar as renúncias de que a existência depende. Tudo correrá bem se esses líderes forem pessoas com uma compreensão interna superior das necessidades da vida, e que se tenham erguido à altura de dominar seus próprios desejos instintuais. (FREUD, 1927, p. 5)

Uma abordagem que bebe da fonte da teoria e nos conhecimentos psicanalíticos é a Psicodinâmica, afirmando que o superego, o ego e o id mantêm uma batalha entre si, em quando a expressão e a descarga são a forma como se recebem as demandas da sexualidade e da agressividade. Segundo Freud (1926/1959), a ansiedade é resultado do conflito entre estas ins-

tâncias, ou seja, é um produto dele. *Esta ansiedade sinalizadora alerta o ego da necessidade de um mecanismo de defesa (Freud. S., 1926/1959).*

Sugiro a possibilidade que uma ultrapassagem cronológica do desenvolvimento libidinal pelo desenvolvimento do ego deve ser incluída na disposição à neurose obsessiva. Uma precocidade deste tipo tornaria necessária a escolha de um objeto sob a influência dos instintos do ego, numa época em que os instintos sexuais ainda não assumiram sua forma final". (FREUD, 1913/1996, p.348)

Para Freud (1921-1923), haveria três tipos de identificação, então, sendo a primeira identificação a mais original forma de ligação emocional antes mesmo de um determinado objeto ser formado. Esta identificação antecede ao complexo de Édipo, sendo denominada de primária, anterior à relação com objetos ou pessoas, constituindo a unicidade mãe-bebê. Então, esta forma primitiva é profusa e consiste em uma identificação fusional, uma união particular e íntima de laço afetivo e emotivo com os genitores.

A identificação narcisista é secundária, de forma regressiva, tornando-se um estágio que antecede a seleção objetual a partir da perda, por ser substitutiva de um laço de um objeto libidinal. Enquanto a primeira inaugura uma linha de base ou uma prévia da história pessoal do sujeito, a segunda marca a identificação do ego com o objeto.

O amplo resultado geral da fase sexual dominada pelo complexo de Édipo pode, portanto, ser tomada como sendo a formação de um precipitado no ego, consistente dessas duas identificações unidas uma com a outra de alguma maneira. Esta modificação do ego retém a sua posição especial; ela se confronta com os outros conteúdos do ego como um ideal do ego ou superego. (FREUD, 1923/1976, p. 49)

É por este processo que se pode compreender a formação do sintoma neurótico na teoria psicanalítica. Assim, o sintoma seria uma forma de compromisso, que é um mecanismo de defesa da imperiosa imposição do ID/desejo, mas o gratifica de uma maneira atenuada e mascarada. A terceira forma de identificação se dá, também, de via secundária e parcial, tendo como exemplo a identificação do membro de um grupo com o seu líder segundo um traço parcial secundário "de uns com outros no ego".

Nada nos impede de supor um estado primitivo em que esse caminho é realmente percorrido dessa maneira, ou seja, em que o desejo termina num alucinar. (FREUD, 1900/2015, p. 594)

Já a identidade se difere da imitação por ser um processo inconsciente resultante de identificações sucessivas de um sujeito que de forma parcial ou total retém traços ou atributos de um outro, concebendo para si de forma inconsciente um conjunto de propriedades. Para Freud (1914), *é o resultado de um longo processo de identificações em que o sujeito assimila, total ou parcialmente, à maneira de uma incorporação oral, propriedades e atributos de um outro.*

A identidade de percepção pela realização de um desejo é uma repetição relacionada a uma satisfação, que na vida do bebê é percebida como realidade alucinatória.

No inconsciente, este (o corpo) representa o depósito de tudo que é mais desejado, e que só pode vir de lá; assim, se ele não é destruído, não é submetido a um perigo tão grande e, portanto, não se torna tão perigoso, o desejo de obter alimento para a mente a partir dessa fonte pode ser satisfeito com mais facilidade. (M. KLEIN, 1931/1996, p. 276)

A identidade de pensamento é resultado do confronto no ego do psiquismo do sujeito, onde há a inibição da alucinação causada pelo processo primário, levando à interposição das cadeias de pensamento pelo ego e a satisfação do desejo na realidade externa, de forma parcial,

denominado, assim, de processo secundário.

Nada nos impede de supor um estado primitivo em que esse caminho é realmente percorrido dessa maneira, ou seja, em que o desejo termina num alucinar. (FREUD, 1900/2015, p. 594)

Neste caminho, é pinçada uma estrutura infantil precoce, formada por relações objetais e pelo psiquismo na infância, sendo, assim, um salto qualitativo na proposta freudiana. Esta proposição se fundava na premissa de um complexo de Édipo na fase fálica, dos três aos cinco anos, momento em que a energia libidinal estaria direcionada aos órgãos genitais. Pode-se dizer, a partir desta vertente, que o sujeito fixado nesta fase se tornaria excessivamente agressivo ou passivo.

Mas não isolamos disso que, em qualquer caso, tem sua parte no nome “amor”, por um lado, o amor próprio, e, por outro, o amor pelos pais e pelos filhos, a amizade e o amor pela humanidade em geral, bem como a devoção a objetos concretos e a ideias abstratas. (FREUD, 1921/1976, p. 115)

Emerge-se, então, um estudo inicial da psicanálise infantil baseado na obra freudiana *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1901-1905), momento em que Freud sinalizou um contraponto ao pensamento moralizante da época que refutava uma atividade sexual inerente aos primórdios da vida infantil.

Portanto, essa primeira atividade psíquica visa uma identidade perceptiva, isto é, a repetição daquela percepção que está ligada à satisfação da necessidade. (FREUD, 1900/2015, p. 594)

Assim, a fixação na fase fálica se relacionaria aos conceitos da psicanálise tais como regressão e libido, que explicariam as tendências fascistas que perduraram durante os movimentos políticos da década de vinte, irrompendo com violência e irracionalidade as barreiras da moral e bem-estar da sociedade e dos costumes da época.

Em uma relação com os movimentos sociais do início do século XXI, no Brasil, poderíamos sinalizar a terceira forma de identificação, que é denominada de parcial e, também, é secundária. Este tipo de identificação se prende à empatia, sendo na capacidade perceptual de identificar a qualidade presente no outro, relacionando os traços a outra vida mental, baseadas em relações objetais do cotidiano e das experiências sociais. Ao abordar os comportamentos de grupos sociais e seus respectivos etos fundantes, foi inaugurada a proposição de que as relações de constituição da vida infantil são na verdade fenômenos sociais que se ancoram desde as experiências mais primitivas.

QUAL É A VIA DE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO NO AUTISMO?

As exigências da vida vêm então do nosso interior e das necessidades vitais de existência. A via de descarga está relacionada ao princípio do prazer e provém do interior do corpo. Para Freud (1915/2004), as exigências da vida são essencialmente aquelas advindas do interior do corpo e das necessidades vitais.

Já temos alguns elementos para distinguir um estímulo pulsional de outro estímulo (fisiológico) que atua sobre o psíquico. Em primeiro lugar, o estímulo pulsional não provém do mundo externo, mas do próprio interior do organismo. Por essa razão, ele também age diferentemente no psíquico e requer outras ações para eliminá-lo. O essencial do estímulo é que ele age como num único impacto e também pode ser neutralizado por uma única

ação apropriada; o protótipo de uma ação desse tipo é a fuga motora diante de uma fonte de estímulos. (FREUD, 1911-1915/2004, p.146)

A fonte da pulsão é endógena. Denominamos de fonte do interior do corpo, pela sua constância e sua ação está no fracasso do mecanismo reflexo de lidar com os fatores externos de desejo e de como isto pode ser modulado com o desejo interno.

Para Winnicott, o conceito de regressão ganha uma significação própria enquanto regressão à dependência; ele faz questão de mantê-lo afastado da noção de regressão em termos do desenvolvimento da libido e de suas diversas organizações, ressaltando que se trata de um outro eixo do processo de maturação: o que vai da dependência absoluta à dependência madura. (GURFINKE L, 2001, p. 185)

As experiências e vicissitudes do nosso corpo se inscrevem mentalmente e as neuroses são respostas das inscrições e exigências do trabalho para manter o equilíbrio e a pacificação. É no limite entre o somático e o psíquico que a pulsão se instala. Esta pulsão é apresentada por Freud, tal como:

Medida da exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corporal. (FREUD, 1967b, p. 214)

A vivência de satisfação é o ponto de partida para lidar com o acúmulo de energia proveniente das necessidades somáticas e das atividades psíquicas. Este acúmulo deve ser liberado e é a partir da experiência que se propõe um recurso possível de desenvolvimento de funções que tratamos como cognitivas: memória, atenção, pensamento, raciocínio, capacidade de resolução de problemas. Estas mesmas funções que estão prejudicadas no autismo e se apresentam como sintomas característicos de prejuízos no diagnóstico nosológico, decorrendo desta descompensação o acúmulo de tensão.

O eu em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo. Ele pode ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo, além de, como vimos anteriormente, representar as superfícies do aparelho mental. (FREUD, 1927/2006j, p. 39)

Se este prejuízo é alcançado na vivência, é por este caminho que a psicanálise deve trilhar, porque este amadurecimento gradativo e experiencial não se adquire de forma abrupta e cabal na abordagem nosológica e nosográfica. A sua eficácia está na constância de um trilhamento entre identidade de percepção e de pensamento.

A cadeia dos processos fisiológicos no sistema nervoso provavelmente não se apresenta em relação de causalidade com os processos psíquicos. Os processos fisiológicos não cessam tão logo tenham começado os psíquicos, pelo contrário, a cadeia fisiológica prossegue, só que, a partir de um certo momento, cada elo seu (ou elos isolados) corresponde um fenômeno psíquico. O psíquico é assim um processo paralelo ao fisiológico. (FREUD, 1891, p. 56-57)

O retraimento no autismo diz respeito ao nível, intensidade e forma de respostas às iniciativas sociais do grupo e se situaria, assim, em uma instância próxima à neurose, que faz parte das instâncias psíquicas da metapsicologia freudiana. A neurose tem como objeto o recalque, a psicose, a forclusão e a perversão, a denegação.

As psiconeuroses são, por assim dizer, o negativo das perversões. Nos neuróticos, a constituição sexual, na qual está contida a expressão da hereditariedade, atua em combinação com as influências acidentais de sua vida que possam perturbar o desenvolvimento da sexualidade normal. (...) As forças impulsoras da formação dos sintomas histéricos não provêm apenas da sexualidade normal recalçada, mas também das moções perversas inconscientes. (FREUD, 1901/1996g, p. 56, grifo do autor)

A posição determinante do complexo de Édipo nas relações apresentadas na teoria freudiana é própria da identificação secundária (narcísica). No autismo, é pela lente do desenvolvimento emocional da criança e suas inter-relações com o meio que alcançamos a possibilidade de fortalecimento de suas habilidades sociais enquanto sujeito. As psiconeuroses se sustentam neste percurso enraizado pela frequência dos conflitos intrapsíquicos na mente da pessoa com autismo. Estes conflitos marcam a inibição do indivíduo frente às relações sociais e às interações com o grupo.

Esta enfermidade é uma perturbação do desenvolvimento emocional que se remonta tão atrás que, em alguns aspectos pelo menos, a criança é intelectualmente deficiente. Em outros, pode mostrar sinais de ser brilhante. (WINNICOTT, 1966/1996, p. 181)

Esta forma de retraimento pode vir a ser uma economia libidinal do novo século, tendo em vista a escassa ou esvaziada transferência para o objeto externo, ou seja, o investimento é transferido ao ego, a serviço da irrealização.

(...) a descoberta de que o próprio ego se acha catexizado pela libido, de que o ego, na verdade, constitui o reduto original dela e continua a ser, até certo ponto, seu quartel-general. Essa libido narcísica se volta para os objetos, tornando-se assim libido objetual, e podendo transformar-se novamente em libido narcísica. (Freud, 1930/1996k, p. 122)

A apatia, a anedonia e a avolição são novas formas de percepção de uma identificação que persiste em não pinçar o pensamento, distanciando o retraído das condições humanas de exigência da vida. Esta fuga das vicissitudes do cotidiano escarnece suas energias e compromete seu investimento libidinal em direção ao objeto externo.

Essas melancolias mostram-nos o ego dividido, separado em duas partes, uma das quais vocifera contra a segunda. Esta segunda parte é aquela que foi alterada pela introjeção e contém o objeto perdido. Porém a parte que se comporta tão cruelmente tão pouco a desconhecemos. Ela abrange a consciência, uma instância crítica dentro do ego, que até em ocasiões normais assume, embora nunca tão implacável e injustificadamente, uma atitude crítica para com a última. (FREUD, 1921/2006, p. 118)

Esta posição defensiva provoca a paralização e o isolamento, não motivando o sujeito a se relacionar e se apropriar das experiências com o outro. Esta ausência da disposição e de excitabilidade retém à reserva toda energia vital que será inibida e perdida em canalização e investimento egóico.

Supõe-se aqui que a tarefa de aceitação da realidade jamais se completa, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna com a realidade externa. O alívio dessa tensão é oferecido por uma área intermediária da experiência que não é posta em dúvida (as artes, a religião etc.). Esta área intermediária está em continuidade direta com a área do brincar da criança pequena que se 'perde' ao brincar. (WINNICOTT, 1975, p. 241)

Este isolamento que se refere ao auto, que como prefixo grego αὐτο - (auto), indica a si, mas, paradoxalmente, infere o pertencimento e faz alusão a uma suposta dependência de si. Esta forma de *intersubjetividade* no autismo é esvaziada de sentidos, porque não há partilha de experiências sociais e significantes, que é uma condição da vida social e do fortalecimento dos laços de pertencimento com um grupo.

Houve uma escolha de objeto, uma ligação da libido a uma pessoa determinada; graças à influência de uma ofensa real ou decepção por parte da pessoa amada, essa relação ficou abalada... O investimento de objeto provou ser pouco resistente, foi suspenso, mas a libido livre não se deslocou para um outro objeto e sim se retirou para o ego. (FREUD, 1917/2011, p. 61)

O pensamento psicanalítico refuta a ideia de estrutura única e de uma forma cristalizada e cabal, com direcionamento exclusivo no sintoma. Não se sustenta uma análise centrada somente no corpo biológico. A construção de significados e o compartilhamento de sentidos são os princípios elementares dos fenômenos construídos pela coletividade nas relações com o grupo. Não se pressupõe, assim, uma comunicação individual e própria subjacente de uma interiorização que resultaria na própria introjeção. A compensação de uma anulação destes valores que seriam incorporados se dá pela imitação em descompasso com a repetição.

O que eu gostaria de dizer é que alguém que esteve envolvido como eu estive, por várias décadas, nos mínimos detalhes da história da mãe sobre ela mesma e seu bebê, encontra todos os graus da organização de uma sintomatologia, que quando inteiramente organizada e estabelecida pode receber o nome de autismo. Para cada caso de autismo que encontrei na minha prática, encontrei centenas de casos em que havia uma tendência que foi compensada, mas que poderia ter produzido o quadro autista. (WINNICOTT, 1966/1997, p. 180)

No aparato psíquico, pode-se perceber da identidade do pensamento para a identidade de percepção um conjunto de vieses e difusão no conjunto de sinais e sintomas do processo de retraimento e embotamento afetivo. O eu (núcleo do eu) também se reprime.

Eliminamos esta obscuridade colocando em oposição não o consciente e o inconsciente, mas o eu coerente e o reprimido. É que, sem dúvida, também o interior do eu é muito o inconsciente: justamente o que pode se chamar de “núcleo do eu”. (FREUD 1920/1989, p. 19)

Os sintomas embotados se relacionam intimamente aos quadros neuróticos, sendo que os psicóticos permanecem inflexíveis e inalterados. Os sinais e sintomas são *ad infinitum* e envelopam o sujeito pela anulação do desejo, que fica sem disposição para fazer coisas simples da vida desde tomar banho, assistir seu filme predileto, ouvir sua música favorita ou saborear sua comida preferida.

O sintoma adquirido ou adotado é aquele contra o qual o sujeito não luta mais para dele se desembaraçar identificando-se com ele, ou seja, identificando-o como seu, como sua maneira de gozar. É distinto do sintoma como corpo estranho, sintoma parasita que incomoda e que leva o sujeito a buscar um analista para se livrar dele. (QUINET, 2000, p. 146)

No autismo, este encapsulamento funciona como reiterados investimentos em busca de sensações, prazer e autorregulação. Esta mente hiperexcitada e com altos investimentos libidinais e um direcionamento para objeto interno e não transferencial, utiliza-se de funções para a neutralização e eliminação da energia libidinal mediante a busca sensorial, sensação e autorregulação, orientada pelo processo maturacional ainda em atraso, que, posteriormente, evolui para a insistência na mesmice.

O assunto logo deixa de ser autismo e as raízes iniciais do transtorno que poderiam ter-se transformado em autismo, e passa a ser toda a história do desenvolvimento emocional humano e do relacionamento do processo maturacional em cada criança com a provisão ambiental que pode ou não, em cada caso particular, facilitar o processo maturacional. (WINNICOTT, 1966/1997, p. 181)

A apatia, a falta de ânimo, a ausência de fome e anulação da fantasia fazem parte dos sintomas que, por serem regressivos, instalam-se em uma fase psicosssexual primitiva oral ou estacionada no controle esfíncteriano. Assim, sem o controle da sua própria evacuação, retrai-se. Os retraídos são neuróticos e os neuróticos retraídos se ressentem de viver em grupo, mas dependem dele para realizar as ações mais simples do dia a dia. Só vê indiferença na vida e passa o tempo se distanciando das relações com o grupo, sentindo-se completo, por não sentir

prazer e por não dar prazer na coletividade. Por isso, a dor física é suportável, aparente e pluri-valente constituindo todo o corpo. E este corpo pleno de sensações se entrega aos movimentos repetitivos e estereotipados, na busca de sensação, autorregulação ou de descarga de prazer.

A hipersensibilidade de algumas crianças (restrição a cores, formas, texturas, alimentos, dieta evitativa, sons e tecidos). No caso da busca sensorial, é o comportamento que insiste em experiências sensoriais diversas (cheirar, girar, morder, fixação em luzes, objetos circulares e girantes). (SOUSA, 2020, p.14)

O empobrecimento relativo do eu e a inibição do mecanismo de equilíbrio topográfico alimentam só uma das instâncias na tópica, sendo esta forma de investimento libidinal na ligação mnemônica que associa e retém ideias no esforço para a manutenção do itinerário à facilitação mental. Este esforço é uma constante em uma relação de identificação primária empobrecida, tornando-se eminente a urgência em uma identificação secundária parcial. Os estudos sobre a depressão anaclítica e hospitalismo, de Spitz (1979), são importantes achados para os estudos sobre o retraimento social.

A psicanálise nos informa que há dois métodos de encontrar um objeto. O primeiro (...) é o 'anaclítico' ou de ligação, baseado na ligação a protótipos infantis primitivos. O segundo é o narcísico que procura o próprio ego do indivíduo e o encontra novamente em outra pessoa. Este último método é de importância bastante grande nos casos em que o resultado é patológico. (FREUD, 1915, p. 229)

As reações à perda podem ser de natureza ideal ou material e concorrem para a falta que se encobre na realização do desejo. Existe uma dinâmica entre a perda e a falta que se instalam no distanciamento afetivo da mãe-bebê e a evolução do afastamento resulta em uma forma de digressão. Sobre o retraimento no autismo, pode-se associar ao processo da inibição do equilíbrio topográfico na escassez libidinal da transferência ao objeto externo. Não há falta e há uma indiferença no distanciamento da mãe para este bebê. Há, assim, o empobrecimento do eu e se não se inscreve nele o objeto perdido, ao se descaracterizar, despersonaliza-se.

É através da busca de uma satisfação passada e ultrapassada que o novo objeto é procurado, e que é encontrado e apreendido noutra parte que não no ponto onde se procura. Existe aí uma distância fundamental, introduzida pelo elemento essencialmente conflitual incluído em toda busca de objeto. (LACAN, 1994/1995, p. 13)

Importante afirmar que deste balizamento, a estrutura psicótica se assemelha muito aos sintomas deste retraimento, mesmo sendo um assunto bem delicado e, nas discussões, vários autores não concordarem ou se absterem deste posicionamento, passamos aqui a utilizar a linha de raciocínio clínica de aproximação teórica deste autismo aos estudos da psicose, contudo com a cautela da flexuosidade do espectro.

(...) modalidade defensiva muito mais enérgica e exitosa, que consiste em que o eu rejeite a representação insuportável, juntamente com seu afeto, e se comporte como se a representação nunca tivesse comparecido. Só que no momento em que conseguiu isso a pessoa se encontra em uma psicose que não admite outra classificação que 'confusão alucinatória'. (FREUD, 1893-1899/1987, p. 59)

Segundo Jerusalinsky (2012), o autismo é uma estrutura ao lado da psicose, neurose e perversão. O sujeito que se apropria da linguagem e está em descompasso na ruptura com os significantes do outro se insere na psicose. Estruturalmente, parece não ser este o caso, porque o mecanismo de defesa operante no autismo é a exclusão e não a forclusão.

(...) na psiquiatria esta ideia de uma doença claramente definida é sempre errônea, pois cada condição de enfermidade psiquiátrica se mistura com desvios que pertencem ao

desenvolvimento normal. Os detalhes da doença, a esquizofrenia infantil, realmente se espalham por todos os lados, e podem ser encontrados na descrição de qualquer criança normal". (WINNICOTT, 1963/1996 p. 176-177)

Há, neste caso, uma *aversividade* que é resultante de um desprazer contido e conduzido à tensão que se expressa nos movimentos motores, estereotipados, e de repetição. Esta via de neutralização desta energia em uma ação imediata e única produz efeitos de estimulação dos movimentos motores que automatizam a busca sensorial e a autorregulação.

O desprazer é sempre expressão de um grau mais elevado de tensão, e que, portanto, o que ocorre é que uma quantidade no campo dos acontecimentos materiais é transformada, aqui como em outros lugares, na qualidade psíquica do desprazer [...] Reconhecemos nosso aparelho mental como sendo, acima de tudo, um dispositivo destinado a dominar as excitações que de outra forma seriam sentidas como aflitivas ou teriam efeitos patogênicos. (FREUD, 1914/2006, p. 92)

O mais complexo no processo deste trilhamento ou facilitação mental com o autismo é compreender que o objeto perdido não traz dor e sim pinça o processo de esvaziamento para a substituição deste objeto, sem a identidade de pensamento. Para Freud (1895), o doloroso não é a perda do objeto e sim o trabalho árduo da *hipersensação* de ligação à representação do objeto perdido.

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via da alteração. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais. (FREUD, 1895/2006, p. 379)

Neste caso, a dor da ligação é que exige *hiperinvestimento* e não a dor da separação. O que se torna latente não é se separar e sim se apegar cada vez mais a um traço mimético imaterial. Trazendo para a neutralidade, na posição autista, há um universo de sensações que se incumbem dessa substituição (vivência de satisfação), que é copiosamente vivenciada e experienciada em circularidade de *hiperinvestimento* em si. Apartar-se não pinça a dor, mas esforçar-se para se ligar à perda, sim.

O reprimido é, para nós, o protótipo do inconsciente. Percebemos, contudo, que temos dois tipos de inconsciente: um que é latente, mas capaz de tronar-se consciente, e outro que é reprimido e não é em si próprio e sem mais trabalho, capaz de tornar-se consciente. (FREUD, 1996, p28).

Ao lançar a distinção aparente e decisiva para a clínica nos conceitos elementares entre perda e falta, pode-se, também, pinçar a realidade do ponto de vista da neurose e da psicose. Vale ressaltar que durante muito tempo os conceitos de autismo infantil, psicose e esquizofrenia se confundiam e eram comumente utilizados com significados semelhantes. A defesa do distanciamento semântico se encontra em uma relação narcísica que supera a correspondência do processo do retraimento social e da decorrente da substituição pelas perturbações de interação com o grupo, do que seria uma exclusão da realidade.

Na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose, a fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento; na neurose, a obediência inicial é sucedida por uma tentativa adiada de fuga. (FREUD, 1924/2006, p. 209)

No autismo, não há uma fuga efetiva ou desligamento da realidade pelo sofrimento psíquico. Por causa da conjunção de estímulos e sensações, há uma evitação e uma desconsideração dos efeitos da realidade para a história de vida deste sujeito.

Expresso de outro modo: a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la. (FREUD, 1924/2006, p. 209).

No sentido inverso da perda, encontra-se a falta, funcionando como propulsor do desejo de vida que se descola da perda como incursão na identidade perceptiva de ligação ao objeto perdido. Assim como remédio para a perda, somente há a representação substitutiva da falta. É nessa senda que o autismo pode se servir, sendo que para esta sação, o simbólico é fundamental, porque lançado para fora da comunicação, a condição do autista é estar imerso no real.

Trata-se do falo, e de saber como a criança realiza mais ou menos conscientemente que sua mãe onipotente tem falta, fundamentalmente, de alguma coisa, e é sempre a questão de saber por que via ela vai lhe dar esse objeto faltoso, e que sempre falta a ela mesma. (LACAN, 1956-57/1995, p. 196).

Segundo Freud (1900), só o desejo é capaz de pôr o aparelho psíquico em ação. A experiência primeva se refere às reminiscências das vivências do bebê que ainda persistem em nosso corpo esculpidas na memória psíquica. O retraimento que corresponde ao comportamento do bebê no autismo se refere à iniciativa de distanciamento e isolamento de seus pares ou do grupo social. Distingue-se, então, de uma aparente inibição ou fragilidade no contato por timidez.

Os traumas são ou experiências sobre o próprio corpo do indivíduo ou percepções sensoriais, principalmente de algo visto ou ouvido, isto é, experiências ou impressões. (FREUD [1938] 1996, p. 89).

Os protótipos são a fome e o seio e a busca é de satisfação desta primeira experiência de prazer. Estes itinerários experienciais são os cenários que proporcionam os processos de vivência de satisfação ou desgastantes (dor) para o retorno do recalcado ou se as pulsões se direcionam constantemente e inteiramente incidindo e encontrando este objeto interno, que consistiria no retorno massivo de recebimento deste investimento libidinal.

O campo da linguagem é um ponto decisivo no desenvolvimento do bebê no autismo. É preciso que haja o endereçamento da fala ao outro. A sua exclusividade enquanto palavra-objeto se inscreve nela própria a marca do gozo, um significante fora da comunicação, tornando-se um corpo inanimado que não se inscreve como simbólico nas trocas sociais da alteridade.

As pulsões sexuais apoiam-se, a princípio, no processo de satisfação das pulsões do Eu para veicularem-se, e só mais tarde tornam-se independentes delas. Esse modo de apoiar-se nos processos de satisfação das pulsões de autoconservação para conseguir veicular-se fica evidente quando se observa que as pessoas envolvidas com a alimentação, o cuidado e a proteção da criança se tornam seus primeiros objetos sexuais, portanto, primeiramente a mãe ou seu substituto” (FREUD, 1914B/2004, p. 107).

É no encontro entre a necessidade e o outro que a tensão se dissipa e o prazer se instala, não se esgotando em si. Este mesmo outro é que faz o papel de promotor desta satisfação primeira e de realizador da função de cuidados primários e proteção. Então, passa a ser na vivência de satisfação que o sujeito se inscreve na cultura através da sua história cultural e história de grupo, apropriando-se do simbólico por meio da linguagem. O distanciamento do autista deste grupo social remete à ausência desta experiência de satisfação.

A totalidade do evento constitui então a experiência de satisfação, que tem as consequências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo. (FREUD, 1886-1889/1996, p. 370).

O trilhamento ou facilitação mental é a repetição desta atividade que se encontra satisfeita em todo o processo de constituição de contemplação de uma identidade perceptiva, que é

também alucinatória. A defesa autística é um modo específico de representar uma dinâmica subjetiva elidida à aparação deste outro, porque impede a palavra de afetar este corpo. Uma defesa que impede uma incursão simbólica ao corpo e não tendo a fala como efeito o que restaria para esta posição autista seria a linguagem como trauma.

(...) o eu se separa da representação insuportável, mas esta se entremeia de maneira inseparável com um fragmento da realidade e, à medida que o eu leva a cabo esta operação, afasta-se também, total ou parcialmente, da realidade. Esta última é, a meu juízo, a condição sob a qual se atribui às representações próprias uma vivacidade alucinatória e, deste modo, após uma defesa exitosamente conseguida, a pessoa cai em confusão alucinatória (FREUD, 1893-1899/1987, p. 60).

Freud (1893) trata como alucinação, porque a insistência no alcance da identidade perceptiva permite o investimento exaustivo na representação desta experiência primeva levando à confusão (distorção) de sensopercepção, com sinais que remetem a sentidos que não são reais no tempo e no acontecimento, mas estão na memória do discurso recalcado do sujeito. O traço imagético deixado pela experiência imaginária se temporaliza na atualização do dizer, que é uma ação, mas não deixa de se fundir no ato alucinatório. E é neste percurso, que mais uma vez, há uma aproximação à psicose.

A apreensão do corpo pelo sujeito exige, contudo, que uma nova operação tenha lugar. Esta operação, pela qual o corpo é subjetivado, é da ordem do imaginário, na medida em que depende do investimento de uma imagem – a imagem do corpo (EIIA, 1995, p. 152 –153)

Na contramão da identidade de percepção, como via alucinatória de *satisfação ilusória* de desejo, surge o pensamento, que por canal indireto de cumprimento desta experiência de satisfação caracteriza o que denomina a identidade de pensamento. O corpo não se saciará com a imagem, ele deseja o material e sem suprir essa necessidade, o resultado é a experiência de desamparo. O desgaste de investimento nessa experiência imagética que não será suficiente para alimentar o corpo é incompleta e faz ruir o investimento que produziria a satisfação da libido.

A ansiedade é algo que se sente, estado afetivo. Como um sentimento, a ansiedade tem um caráter muito acentuado de desprazer. Ela se faz acompanhar de sensações físicas mais ou menos definidas que podem ser referidas a órgãos específicos do corpo. A geração de ansiedade põe a geração de sintomas em movimento e é, na realidade, um requisito prévio dela. (FREUD, 1926/1986, p. 155)

O sujeito autista não sente igual prazer, mas se satisfaz com a correspondente atualização da vivência, passando a buscar reparação na dinâmica cíclica da vida. Como um padrão neural aberto que não consegue se fechar, o autista revive constantemente os mesmos pensamentos e ideias e não se ressentido desta insistência na mesmice. Neste jogo de conformação, não há vencedores. A sensibilidade em que os bebês respondem ao ritmo da imposição das contingências ofertadas a eles é anulada e, então, por não haver retorno ao passado, na memória, estes bebês se refugiam em um tempo suspenso, como se fossem expulsos de um tempo presente. (GUEDENEY, 2005, grifo nosso)

Fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica - e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental. (LACAN, 1949/1998, p. 100)

A marca mnêmica se refere às reminiscências deste amparo que inscrito na memória se localiza enquanto imagem no escopo do que será o real do impossível. Esta satisfação é alu-

cinatória e trará insucesso no investimento pulsional, porque resulta em uma confusão mental e confronto entre o desejo e a necessidade. Pode-se aqui afirmar que a escassa transferência resulta no retraimento social que é uma redução crônica na resposta afetiva e no apego e a sua constância diminui o pertencimento e esvanece o efeito da interação.

Mesmo os bebês têm necessidade de uma história[...], uma história genética, bioquímica, cognitiva, uma história de seu equipamento corporal, mas ele tem necessidade também, imediatamente, de se inscrever em uma história familiar, uma história cultural, uma história de grupo para poder se apropriar do pensamento e da linguagem que existem, seguramente, no mundo onde ele chega e que o procede. (GOLSE, 2003, p. 19)

MÉTODO

O método na psicanálise decorre da lente psicanalítica, que tem a matriz cultural da época como elemento balizador do tempo. Freud (1914/1980), na sua obra *Recordar, repetir e elaborar*, de forma minuciosa, descreveu a relação analista/analizando como o mecanismo fenomenológico da repetição de comportamentos e as vivências experienciais no divã, em um espiral de acontecimentos e situações intrinsecamente relacionadas aos conteúdos traumáticos da vida infantil. Para Freud (1914/1980), não há recordação ou lembrança do que fora esquecido ou reprimido, há uma atuação expressa na dinâmica dos acontecimentos. Esta repetição não está na memória, ou na sua rememoração imediata, há uma dinâmica experiencial que promove o enlace entre presente e passado na expressão das atitudes do sujeito.

Então, o método na psicanálise corresponde essencialmente a três elementos articulados que insta uma psicopatologia psicanalítica remanescente do olhar acurado e sofisticado da clínica freudiana com as históricas e, conseqüente, a sua investigação da produção dos sintomas históricos. Questões científicas para Freud sempre se valeram das experiências e não da autoridade e da suposição de teorias. A essa observação minuciosa já relacionamos o segundo elemento que é investigativo. O fenômeno deve ser investigado e a mensagem (sintoma) deve ser desvelada e interpretada, sendo que o método essencialmente psicanalítico está fundado na interpretação.

Assim, ao observar detalhadamente o fenômeno de dimensionamento e redimensionamento de um sintoma e proceder à investigação não na topografia, mas na mensagem deste sintoma, à estrutura psíquica é revelada a interpretação do conteúdo inconsciente possivelmente realizável, por meio de um discurso em associação livre. A estrutura quaternária: associação livre, demanda, dimensionamento e redimensionamento do sintoma e o processo de cura se articulam em busca do sentido que está encoberto. No *setting* psicanalítico, o ato transferencial permite às fantasias e aos pensamentos emergirem do inconsciente para serem representados simbolicamente.

A análise da pessoa com autismo é um desafio do ponto de vista metodológico para a psicanálise. A definição enquanto estrutura psíquica já ascende uma série de questões estruturais clínicas, com características apontadas como neuróticas e outras vezes, psicóticas. Não é nosso propósito acentuar esta discussão entre abordagens históricas de estudos psicanalíticos sobre o autismo, mas sim ponderar em um lugar de fala, nesse território, se é que existe uma demarcação espacial neste profuso universo, e ser mais produtivo em sinalizar um delineamento existencial em contrapartida da desgastada discussão estrutural ou de um determinado enqua-

dramamento nosográfico.

A metodologia tradicional se circunscreve na composição de um delineamento a partir de um cenário característico com amostras para coleta de dados e intervenção e posterior mensurabilidade e análise. Esta dinâmica clássica de investigação permitiria relacionar o objeto de estudo/pesquisa a um lugar específico de convivência social, que não limitaria a um espaço físico tangencial, mas a uma comunidade de inserção social. Na articulação com o pensamento psicanalítico, deve-se relacionar aos estudos contratransferenciais e se fundamentar na interpretação.

A delimitação deste espaço existencial (pessoal, social, cultural, econômico, político e etc.) viabilizaria a identificação ou identificações desta população com os meios ou bens de produção, tornando-se parte de uma instituição, ou seja, formalizando a sua geografia institucional. Esta população *desidentificada* (autismo) passa a se constituir de um não-lugar, sendo que o estar em um lugar caracterizaria uma natureza histórica para a existência formal do grupo.

Falando claro, o lugar é necessariamente aquilo em que e para o que o corpo se move. Um corpo não pode mover-se dentro de si, nem, por um movimento natural, buscar o alto e o baixo se, em si mesmo, tem essas diferenças. É preciso, portanto, que estabeleçamos fora do corpo não só essas diferenças, mas também o teatro do movimento. (BERGSON, 2013. p. 47.).

A influência dos primeiros anos de vida e a importância das vivências experienciais da infância na formação do psiquismo e na interpretação dos fenômenos psicanalíticos é uma realidade dinâmica. A vida afetiva, as emoções, as identificações e o fortalecimento dos laços de pertencimento social se encontram ancorados nesta fase infantil e de lá emanam todos os fios que enlaçam o conteúdo inconsciente e o universo psíquico deste sujeito. Na fase que antecede à fala, há a contenção dos conteúdos linguísticos e simbólicos pela regressão e introjeção de expressão e sentimentos. No autismo, há uma busca para relacionar os traços, os objetos e a qualidades de objetos nesta incursão ou interiorização.

A boca é a cavidade primeira do vazio: a fala sofre de sua fome. Ela continuará por muito tempo, “mamante, mordante”, ávida de rostos, insaciável. Os detalhes de expressões não faltam para dizer com que evidência se impõe o vazio no tratamento analítico. Trata-se de deixá-lo se instalar com sua fala, de não procurar nem evitá-lo, nem o preencher. (FÉDIDA, 1975, p. 290)

As manifestações deste conjunto de eventos e acontecimentos são essenciais para a construção de uma história pessoal e social deste sujeito, que sem essas identificações ficaria esvaziado de conteúdos simbólicos e imaginários se esforçando mentalmente para *recordar, repetir e elaborar*, sem sucesso. O método de investigação deve levar em conta este esforço em retornar a uma história pessoal que deveria ter sido construída lá, atrás, mas pela ausência dos conteúdos simbólicos, desejam ser repetidas, contudo não podem ser lembradas. Não fora instalado um vazio, porque no campo epistemológico da metapsicologia freudiana o vazio se coloca entre o nada e o ser. Em oposição ao nada, apresentamos, uma dinâmica de expulsão deste objeto de desejo que é o outro, o não-ser.

O vazio é conceito metapsicológico enquanto ele é referido ao espaço psíquico, o qual só vale, metapsicologicamente, pela sua operatividade técnica: esta é a função criadora (reconstrução) da metáfora. É porque podemos dizer que o vazio é o espaço psíquico da metáfora. (FÉDIDA, 1978, p. 320).

R.A. E O CHAPÉU DO SEU TIO

R.A é filho único e desde os três anos de idade demonstrou um conjunto bem desenvolvido de habilidades sociais, psicomotoras, do brincar e de linguagem, sendo considerado o rastreamento de suas habilidades em comparação com uma criança típica da mesma idade. Mas nem sempre foi assim. Sua mãe teve um papel decisivo no fortalecimento dos laços de pertencimento social da criança, conduzindo-o com afetividade e segurança aos espaços de incursão social e cultural. O histórico de retraimento social de R.A. começou logo no primeiro ano, por volta de três meses de vida, aumentando consideravelmente os prejuízos significativos nos relacionamentos sociais e na compreensão de relacionamentos entre os pares e a família.

Segundo relato materno:

Quando eu senti que algo não estava bem com ele foi com um ano e três meses, que vieram os primeiros sinais do Autismo. Ele brincava funcional, interagia bem com todos, retribuía com sorrisos, dançava, imitava, falava algumas palavrinhas como vovó, pão, água, papá, marrom (o cachorro), notamos que, de repente, parou de fazer o que já fazia, até habilidades simples como dar tchau e mandar beijo, foi como se tivesse ficado apático para o mundo, inclusive para mim. Só que como foi bem em meio a um período de pandemia, eu não tinha certeza de nada, ainda, sabia superficialmente sobre o Autismo.

Com dois anos, fomos a uma psiquiatra, e, relatei toda minha preocupação. Ela disse que poderia mesmo ser por causa do período de pandemia, e, que ainda era cedo para diagnosticá-lo como autista, então, nos encaminhou para as intervenções. Neste período, ele começou a brincar disfuncional e colocava, frequentemente, objetos na boca, com dois anos e três meses. Foi quando ele iniciou as intervenções, e, então, eu comecei a estudar mais sobre o tema (autismo) e sentir novamente meu filho perto de mim.

Ele teve alguns problemas em relação à alimentação, com a mesma idade em que iniciou as intervenções. Não aceitava nada “mole”, ou comida salgada, apenas doce, pães, bolachas, sucos, iogurtes e frutas.

Por algum tempo, queria almoçar apenas a banana nanica. Como ele ficava no hotelzinho, eu falava para as meninas que poderia dar o que ele quisesse que em casa eu o alimentaria com comida salgada, e, assim, o fizemos durante um ano.

No próximo ano, que ele já entrou na creche, com laudo (autismo), melhorou cem por cento a questão da alimentação. Hoje já tem a liberdade de deixá-lo comer sozinho, ele já consegue e gosta. Antes, eu não estimulava a comer só, porque sabia que ele não tinha interesse. Apresentou desde cedo uma hipersensibilidade na região da cabeça. Tinha dificuldade para cortar cabelo e outros cuidados pessoais que exigissem tocar nessa região, por ser extremamente sensível para ele. Como gostava de brincar de quebra cabeça, em uma ocasião foi colocado o jogo de encaixe na cabeça, passando a aceitar a brincadeira e, assim, passou a colocar vasilhas de plástico e painéis na cabeça. Após estes eventos, meu irmão o presenteou com um chapéu que virou sua marca registrada, não o tira por nada. E o coloca nos objetos, de uma maneira bastante inusitada.

Após as intervenções, o sinto cada vez mais próximo de mim, é como se ele o percebesse e percebesse o outro. Eu me lembro que uma vez a moça do hotelzinho disse que ele parecia não ter percepção de espaço, andava até por cima das crianças. Hoje ele quer ficar por perto, mas cuida por onde anda para não tropeçar no colega. Quando chego de qualquer lugar para buscá-lo, sempre faz festa, me recebe com sorrisos e abraços, e, inclusive, já conhece o nosso carro, o modelo e a cor. Aliás, R.A., desde os nove meses já falava (CVE, grifo nosso). Eu sempre o senti mais agitado do que o normal em relação às outras crianças, sempre dormiu bem, mas durante o dia, da hora que ele acordava até o horário de dormir precisa de muitas atividades.

DISCUSSÃO

R.A, desde pequeno, por volta de um ano e meio e dois anos, já usava os objetos de forma disfuncional, por exemplo, vasilhas plásticas e outros objetos eram levados à boca, com uma alteração de foco e intensidade, com estímulos sensoriais ou interesses incomuns por aspectos sensoriais. A profissional que acompanhava a criança orientou para que fosse incluída uma funcionalidade aos insumos ou objetos utilizados no brincar.

Desta alteração sensorial, sempre houve hipersensibilidade (reação contrária a texturas, ou mesmo busca de sensação, alívio e autorregulação) na cabeça, momento em que fora relatado pela mãe que os objetos (vasilhas de plástico) foram colocados na cabeça, em um ato simples do brincar cotidiano. Esta sensibilidade mais intensa provocou uma fuga de demanda, ou mesmo uma esquiva para realização de atividades funcionais ou de cuidados pessoais, tais como cortar o cabelo ou outra tarefa que exigisse uma habilidade tátil mais bem desenvolvida.

Por mais que a mãe insistisse na inclusão de brinquedos e brincadeiras que se relacionassem a esta hiperreatividade, R.A continuava a renunciar a qualquer tipo de iniciativa tátil de dessensibilização. A mudança ocorreu a partir do momento em que o tio materno, segundo relato da mãe, o presenteou com um chapéu, o chapéu do tio. A inauguração deste traço, após o fortalecimento dos laços de pertencente social com a família, possibilitou uma identificação e a transferência da energia libidinal para um objeto externo. Segundo relato da mãe: “não tira este chapéu por nada”.

As literaturas que apresentam a psicopatologia da criança com autismo, possui no seu critério diagnóstico (DSM 5/2013), caracterizado de B, uma série de comportamentos que se apresentam como movimentos motores, insistência na mesmice, interesses fixos e circunscritos e perseverativos, com alteração, anormalidade, intensidade e foco, com apegos a objetos incomuns, com interesses circunscritos ou perseverativos e, também, hiporreatividade e hiperreatividade, com estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais e reações contrárias a texturas.

As comemorações em família, as atividades comunitárias e as habilidades acadêmicas em espaços menos restritivos sempre foram um desafio para os pais, familiares e amigos que participavam, tornando-se uma situação tensa e resultando em uma série de estereotípias, tanto na fala (ecolalia, quanto nos comportamentos *flapping e rocking*). Ali, residia um desejo (expresso na falta) dos pais de maior estreitamento das relações familiares com as outras crianças, tal qual o pai, que também se relacionava socialmente de forma pontual e singular, segundo relato da genitora.

Os papéis sociais no microcosmo social que é a família são impostos pela alteridade. A partir deste pressuposto, é outorgado ao sujeito um determinado papel imaginário para que sejam desempenhadas na sociedade todas as ações instadas pelo iceberg social de Lacan. O outro que é inconsciente e irrompe na cadeia do discurso é o incontrolável. A linguagem (o chapéu) é o fora, mas está ligado à historicidade. No inconsciente, o que está dentro não se refere à ideologia que se plasma em um universo externo, criado simbolicamente de forma paralela. É, por isso que para Lacan, o sujeito que já está se irrompe pela falha.

A criança com autismo não se inscreve no desejo a partir da busca de um objeto perdido, por ser na repetição (imitação) o processo de desenvolvimento de suas habilidades desenvolvimentais e sua realidade psíquica serem de retorno a uma posição inicial. Assim, poderíamos situar o real “no que retorna sempre ao mesmo lugar” (LACAN, 1964/1988, p. 52).

Este caso faz emergir uma narrativa em que Courtine (1999) conta uma passagem de Milan Kundera, que é o chapéu de Clementis. Uma multidão seguia o líder russo chamado Gottwald, momento em que ele proferia o seu discurso. Houve um momento em que o Chapéu de Clementis foi colocado em Gottwald. Foram registradas imagens e fotografias tiradas. Passado algum tempo, veio a público a traição de Clementis e as fotos que tinham a presença dos dois foram modificadas e a imagem de Clementis foi apagada, contudo pelo chapéu, depreende-se que Clementis ainda era uma presença ausente. Como para R.A., é o efeito de presentificação (identificação) do chapéu do seu tio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se debruçou nas considerações lançadas sobre as identificações, os laços sociais e a constituição do sujeito no autismo. E se é possível este *sujeito* no autismo se caracterizar como constituído pela história e afetado pelo simbólico, mesmo *desidentificado (Não-ser)* e configurado em um não-lugar. O estudo de caso apresentado neste trabalho é sobre o R.A., um menino de três anos e a sua história pessoal construída a partir de um chapéu. O universo de relações entre o simbólico e o imaginário para que o sujeito possa ser constituído no campo do outro.

O chapéu está acima da cabeça e para a criança com autismo, que possui um empobrecimento na imagem corporal, a configuração mental de seu corpo, e no esquema corporal, a representação de seu corpo físico (biológico), infere um estatuto de corpo próprio e próprio corpo. Esta incursão no universo da corporeidade e sua relação com o espacial e existencial identifica e se torna uma marca semelhante ao traço da identificação secundária parcial, como ocorreu com o sujeito R.A.

REFERÊNCIAS

BERGSON, H. O que Aristóteles pensou sobre o lugar Tradução de Ana Lia de Almeida Prado. Campinas: Editora Unicamp, 2013.

COURTINE, J. J. (1999). O Chapéu de Clémentis. Observações sobre a memória e o esquecimento na enunciação do discurso político. In: INDURKY, Freda. (org.). Os múltiplos territórios da análise do discurso. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzato.

DIAS, E. O. (2000) Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento In: Natureza Humana: Revista internacional de Filosofia e práticas psicoterápicas. Vol. 2, no. 1, pp. 9-48.

_____. (2003) A Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro, Imago Editora.

ELIA, L. (1995). Corpo e sexualidade em Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Uapê.

FÉDIDA, P. (1975). Une parole qui ne remplit rien. Nouvelle Revue de Psychanalyse, 11,91-101.

FREUD, S. Totem e tabu. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v.13.

_____. O mal-estar na civilização. São Paulo: Imago, 1992. v.21

_____. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.6.

_____. O método psicanalítico de Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.7.

_____. A dinâmica da transferência. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12.

_____. Recordar, repetir e elaborar. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12.

_____. Observações sobre o amor transferencial. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

_____. Sobre a transitoriedade. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

_____. Os instintos e suas vicissitudes. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

_____. Luto e melancolia. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14.

_____. O “estranho”. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.17.

_____. Psicologia de grupo e análise do ego. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.18.

_____. O ego e o id. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.19.

_____. Neurose e psicose. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.19.

_____. Inibições, sintomas e angústia. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.20.

_____. O humor. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.21.

_____. Além do princípio do prazer. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

GOLSE, B. Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GUEDENEY, A. La position de retrait chez le bébé ou l'échec à maintenir le maintenant. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, v. 53, p. 32-35, 2005.

GURFINKEL, D. Do sonho ao trauma: psicossoma e adições. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

JERUSALINSKY, A. Psicanálise do autismo (2a ed.). São Paulo: Langage, 2012.

KLEIN, Melanie. Personificação no brincar das crianças. (André Cardoso, Trad.). Edição Brasileira das Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LACAN, J. Le séminaire, livre XIII: l'objet de la psychanalyse. Association Freudienne Internationale (publication hors commerce), 1965-1966.

_____. Écrits. Paris: Seuil, 1966.

NOVAES, J. de V. (2010). Com que corpo eu vou? Rio de Janeiro: PUC.

SOUSA, C. C. (2020). Psicopatologia Psicanalítica: o estudo do homem pela determinação dos seus desejos e conflitos inconscientes. Novas Edições Acadêmicas (International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group), Mauritius.

QUINET, Antonio. Psicose e Laço Social. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

QUINET, Antônio. Os outros em Lacan. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

WINNICOTT, D. W. (org) (1989) Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1999). Conversando com os pais (2a ed., A. Cabral, Trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes.

WINNICOTT, D. W. (1984) Introdução. In: Winnicott, (1984) Privação e Delinquência. São Paulo: Martins Fontes, 1999, pp. XI-XVI. 281.

_____. (1945c) Por que Choram os Bebês? In: Winnicott, (1957) A Criança e o seu Mundo. Rio de Janeiro: Zahar Ed. 1977, pp.60-75.

_____. (1946a) Que Entendemos por uma Criança Normal? In: Winnicott, (1957) A Criança e o seu Mundo. Rio de Janeiro: Zahar Ed. 1977, p.140-147.

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Fig. 1 – O brincar independente e o desenvolvimento das habilidades psicomotoras de esquema corporal e configuração mental do corpo.



Fig. 2 – Habilidade óculo-manual e o brincar social com a mãe.



Fig. 3 – R.A e suas interações sociais em espaços menos restritivos.



Fig. 4 – R.A e a utilização do chapéu em objetos inanimados do seu interesse.



Fig. 5 – A utilização do chapéu de forma disfuncional e sua percepção visual.



Fig. 6 – As relações entre sujeito, objeto e espaços.



Fig. 7 – O universo simbólico de identificação de R.A.



Fig. 8 – O mecanismo de identificação pela repetição (imitação).





Desenvolvimento puberal feminino precoce: um relato de caso

Bianca Lorena Ferreira Boado Quiroga

Graduando em Medicina. UNICEUMA Imperatriz

Janildes Maria Silva Gomes

Graduando em Medicina. UNICEUMA Imperatriz

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.153.5

RESUMO

O desenvolvimento puberal feminino, acontece dentro do período da adolescência, onde ocorrem diversas mudanças no corpo feminino, tanto fisiológicas, quanto morfológicas. Neste relato de caso realizado através de uma consulta ambulatorial realizada em uma Clínica Escola de uma Universidade do Maranhão, objetiva-se entender esse período de mudanças e amadurecimento da parte puberal da paciente em questão, analisa e percebe através do seguimento do caso clínico real, juntamente com o que a literatura traz sobre o assunto, como definição, características, estadiamento e acompanhamento.

Palavras-chave: puberdade precoce. desenvolvimento puberal. Tanner.

INTRODUÇÃO

A adolescência é definida como o período compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), caracterizado por transformações físicas, psicológicas e sociais. A puberdade diz respeito ao fenômeno biológico de alterações fisiológicas e morfológicas como resultado da reativação dos mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal.

O estirão puberal, mudanças corporais, desenvolvimento gonadal, dos órgãos de reprodução, das características sexuais secundárias e dos sistemas e órgãos internos são as principais manifestações da puberdade. Pode haver variações no tempo de início, duração e evolução da puberdade, bem como parâmetros que indicam sua precocidade ou atraso. Essa monitorização do desenvolvimento da puberdade é feita pelo Estadiamento de Tanner. Puberdade precoce é definida como o início do desenvolvimento puberal maior que 2 a 2,5 desvios padrão mais cedo que a média de idade, havendo forte predominância do sexo feminino com ocorrência antes dos 8 anos de idade nas meninas. Inicia-se pelo desenvolvimento do tecido mamário e surgimento dos pelos pubianos. Pode ser central se o estímulo hormonal for partir do sistema nervoso central ou periférica se ocorrer a partir de outras áreas do organismo.

OBJETIVO

Relatar a apresentação clínica e a evolução de um caso de puberdade precoce em uma paciente infantil de 8 anos de idade em um ambulatório de medicina de uma universidade particular de Imperatriz, no Maranhão.

RELATO DO CASO:

ANAMNESE: Y.R.D, 8 anos, feminino, escolar, acompanhada da mãe, sem queixas e história pregressa sem alterações, procurou o ambulatório de uma universidade particular de Imperatriz, no Maranhão, referindo aparecimento de pilificação em região genital.

EXAME FÍSICO: Peso: 27,2 kg, altura 1.28 m, IMC 16.6 kg/m², apresentando sinais compatíveis com puberdade precoce: telarca e pêlos pubianos.

Estadiamento de Tanner M2P3, sendo:

- M2 (8-13 anos) - fase de broto mamário, com elevação da mama e aréola como pequeno montículo.

-P3 (10-14,5 anos) - pêlos mais escuros e ásperos sobre o púbis. EXAMES SUBSIDIÁRIOS SOLICITADOS: teste LHRH, radiografia de mãos e punhos, ultrassonografia pélvica, ressonância magnética de sela túrcica, hemograma, TSH, T4 livre, ureia, creatinina, lipidograma, FSH, LH, estradiol e exames da suprarrenal.

CONDUTA: Leuprorelina 3,75 mg (IM).

DISCUSSÃO

O diagnóstico da puberdade precoce é clínico, reservando-se a avaliação laboratorial para diferenciar causas periféricas de centrais. Dentre as periféricas, estão o excesso de hormônios secretados pelas gônadas ou suprarrenais, ou provenientes de fontes exógenas. A precocidade periférica pode ser apropriada para o sexo da criança (isosexual) ou inapropriada, com virilização das meninas e feminização dos meninos (contrassexual), o caso desta paciente se caracteriza como puberdade precoce isosexual de origem a se esclarecer com os exames laboratoriais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos serviços de saúde, é fundamental o acompanhamento do desenvolvimento puberal por meio de exame clínico criterioso para diagnóstico preciso. Um aspecto importante é a descrição do processo como central (puberdade precoce verdadeira) ou periférico (puberdade pseudoprecoce), pois as abordagens diferem do ponto de vista etiológico e terapêutico. Diante da suspeita de puberdade precoce em meninas, torna-se imprescindível a avaliação das características sexuais secundárias como manifestações clínicas e acompanhamento terapêutico, bem como a oferta de serviços especializados para o tratamento dessa patologia.

Portanto, com base na observação da história clínica e no exame físico realizado nos pacientes, é possível chegar a um diagnóstico e solicitar exames para apoiá-lo.

REFERÊNCIAS

GRILLO, C.F.C. *et al.* Saúde do adolescente. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.

DIÓGENES, M. A. R. *et al.* Puberdade precoce em meninas atendidas em um ambulatório especializado. Rev. RENE., Fortaleza, v.10, n.4, p. 37-44, out./dez. 2009.

MENESES, C. O. CAMPOS. D.L. TOLEDO. T.B. Estadiamento de Tanner: um estudo de confiabilidade entre o referido e o observado. Adolesc & Saúde. V. 5, N. 3, 2008.

Organizadores

Daniel Fernando Ribeiro

Enfermeiro formado pela faculdade de Pato Branco – (FADEP). Pós-graduação Urgência, Emergência e Atendimento Pré – hospitalar - UNIAMERICA. Pós-graduação Enfermagem em Urgências e Emergências em Pediatria e Neonatologia – Univitéria. Pós-graduação Enfermagem em UTI – Univitéria. Curso de Extensão NHCPS PALS - Postgraduate Institute for Medicine, Englewood. Curso de Extensão Pré Hospitalar Trauma Life Support (Phtls). Curso de Extensão Suporte Avançado De Vida Em Cardiologia - Univitéria e AHA. Curso de Formação de Multiplicadores em Urgências e Emergências em Saúde Mental – MS e SAMU DF. Curso de Extensão – APH de combate - Marc1 para equipes de socorristas, Polícia Civil do Paraná. Curso de Extensão Transporte Aeromédico – IESSP. Instrutor do Núcleo de Educação Itinerante NEI - SAMU 192. Instrutor Stop The Bleed. Instrutor Instituto INTAPH.

Adriano Mesquita Soares

Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR/PG, linha pesquisa em Gestão do Conhecimento e Inovação e Grupo de pesquisa em Gestão da Transferência de Tecnologia (GTT). Possui MBA em Gestão Financeira e Controladoria pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais onde se graduou em Administração de Empresas (2008). É professor no ensino superior, ministrando aulas no curso de Administração da Faculdade Sagrada Família – FASF. É editor chefe na AYA Editora.

Índice Remissivo

A

abuso 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17
abuso sexual 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17
acompanhamento 62, 63
adolescente 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 22, 24, 26
alimentação 22, 24, 25, 26
assistência 15, 17, 18, 30
autismo 39, 40, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57

B

biólogico 28, 31, 47, 56, 62
biopsicossociais 25, 30
biopsicossocial 5, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38
bucal 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28

C

cárie 22, 23, 24, 25, 26, 28
caso 9, 25, 44, 47, 48, 49, 56, 61, 62, 63
clínico 24, 27, 37, 62, 63
consulta 9, 14, 17
corpo 13, 31, 32, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 56, 58, 59
criança 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 33, 34, 35

D

deficiência 30, 36
dentária 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
desenvolvimento 8, 9, 10, 13, 14, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 56, 59, 62, 63
distúrbios 13, 30

E

enfermeiro 9, 10, 15, 16, 17, 18

enfrentamento 9, 16, 17
escolar 23, 30
extrafamiliar 12

F

feminino 6, 61, 62

H

higienização 22, 23, 24, 25, 26

I

identidade 34, 35, 40, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 51
identificações 39, 40, 41, 42, 43, 53, 56
infantil 9, 10, 13, 16, 17
intrafamiliar 8, 10, 12, 17

L

laços sociais 40, 56

P

paciente 24, 35, 36, 62, 63
precoce 14, 16, 44, 61, 62, 63
profissionais 7
psicoemocional 9
puberal 6, 61, 62, 63
puberdade 34, 62, 63

Q

qualidade de vida 16, 22, 23, 26, 27

S

saúde 4, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38

saúde pública 9, 12

sexuais 9, 11, 12, 14, 43, 50, 62, 63

sexual 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18

sujeito 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 60

SUS 35, 37

V

vida 22, 23, 25, 26, 27

violência 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18



AYA EDITORA
2023