

A person with their hair in a ponytail, wearing a white t-shirt, is seen from behind, sitting in a meditative pose in a field of tall green grass. The background shows a sunset over a landscape with hills under a blue sky with scattered clouds. The sun is low on the horizon, creating a warm, golden glow.

# Bem-estar e Qualidade de Vida

prevenção, intervenção e inovações  
Vol. 5

Carolina Belli Amorim  
(Organizadora)



**AYA EDITORA**  
2024

**Carolina Belli Amorim**  
(Organizadora)

**Bem-estar e Qualidade  
de Vida: prevenção,  
intervenção e inovações**

**Vol. 5**

**Ponta Grossa**  
**2024**

---

## **Direção Editorial**

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

## **Organizadora**

Prof.ª Ma. Carolina Belli Amorim

## **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 Dr. 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 Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda**

*Universidade Estadual de Ponta Grossa*

**Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes**

*Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas*

**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 Dr.ª 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*

---

© 2024 - **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**). Este livro, incluindo todas as ilustrações, informações e opiniões nele contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva dos autores. Os autores detêm total responsabilidade pelo conteúdo apresentado, o qual reflete única e inteiramente a sua perspectiva e interpretação pessoal. É importante salientar que o conteúdo deste livro não representa, necessariamente, a visão ou opinião da editora. A função da editora foi estritamente técnica, limitando-se ao serviço de diagramação e registro da obra, sem qualquer influência sobre o conteúdo apresentado ou opiniões expressas. Portanto, quaisquer questionamentos, interpretações ou inferências decorrentes do conteúdo deste livro, devem ser direcionados exclusivamente aos autores.

---

B455 Bem-estar e qualidade de vida: prevenção, intervenção e inovações [recurso eletrônico]. / Carolina Belli Amorim (organizadora) -- Ponta Grossa: Aya, 2024. 111 p.

v.5

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-501-3

DOI: 10.47573/aya.5379.2.311

1. Obesidade. 2. Hábitos alimentares. 3. Depressão mental – Tratamento. 4. Nascimento - Aspectos psicológicos. 5. Parto (Obstetria). 6. Parto (Obstetria) - Aspectos psicológicos. I. Amorim, Carolina Belli. II. Título

CDD: 613

---

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

---

## **International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA**

### **AYA Editora©**

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

WhatsApp: +55 42 99906-0630

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

Apresentação..... 8

## 01

**Associação entre fatores de risco comportamentais modificáveis e obesidade em adultos de São Luís-MA . 9**

Maria Célia Costa Oliveira  
Rafaela Vitória Pereira Sá  
Naruna Aritana Costa Melo  
Samíria de Jesus Lopes Santos-Sodré  
Luana Lopes Padilha  
Nathalya de Sousa Campos Araújo  
Nivaldo de Jesus Silva Soares Junior  
Liane Maria Rodrigues dos Santos  
Lilian Fernanda Pereira Cavalcante

DOI: 10.47573/aya.5379.2.311.1

## 02

**A influência de probióticos e simbióticos na modulação da microbiota intestinal de pessoas com sobrepeso e obesidade através de: uma revisão de literatura ..... 24**

Rayná Guimarães Barbosa  
Bárbara Luiza Ribeiro Dimitrescu  
Luis Eduardo Gomes Braga

DOI: 10.47573/aya.5379.2.311.2

## 03

**Alimentação pré-treino: importância do acompanhamento nutricional ..... 36**

Daiane Cristina dos Santos Ramos  
Flavia Teixeira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.311.3

# 04

**O tratamento da depressão na perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental: uma revisão bibliográfica ..**  
..... 42

Wanderson Costa de Souza  
Cristiane Neves Figueira Costa de Souza  
Thalita Mázala de Oliveira  
Luís Eduardo Gomes Braga

DOI: 10.47573/aya.5379.2.311.4

# 05

**Tempo de parir: a influência dos tipos de parto no vínculo materno .....** 65

Ana Maria Muxfeldt  
Maria Débora Damaceno de Lacerda Venturin  
Amanda Herman Miranda

DOI: 10.47573/aya.5379.2.311.5

# 06

**Estudos da subjetividade e fundamentos epistemológicos: críticas descoloniais aos referenciais teórico-metodológicos clássicos da formação em psicologia .....** 86

Arthur Silva de Andrade  
Ana Clara de Lima Gabriel  
Maria Eduarda Paiva dos Santos  
Maria Eduarda da Silva Santos  
Maria Eduarda da Silva Mesquita  
Ridelly Evelin Tavares de Souza  
Maria Luiza Cavalcanti de Barros Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.311.6

**Organizadora .....** 104

**Índice Remissivo.....** 105

---

# Apresentação

---

Temos o prazer de apresentar o quinto volume da nossa série “**Bem-estar e Qualidade de Vida**”. Este livro explora importantes questões de saúde e bem-estar por meio de uma perspectiva interdisciplinar. Ele reúne estudos sobre temas variados, desde a obesidade até o impacto psicológico dos tipos de parto, oferecendo percepções valiosas para a saúde pública e a prática clínica.

No primeiro capítulo, analisamos como comportamentos modificáveis podem influenciar a obesidade em adultos de São Luís-MA, fornecendo dados para melhorar intervenções de saúde. Em seguida, o livro discute os efeitos de probióticos e simbióticos na saúde intestinal e no controle de peso, baseando-se numa revisão detalhada da literatura científica.

O terceiro capítulo destaca a importância de um acompanhamento nutricional adequado antes dos treinos, mostrando como uma boa alimentação pode otimizar o desempenho físico. O quarto capítulo aborda a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da depressão, enfatizando a necessidade de abordagens baseadas em evidências.

Exploramos ainda a influência dos tipos de parto no vínculo entre mãe e filho e, no último capítulo, propomos uma reflexão crítica sobre os métodos tradicionais na formação em psicologia, sugerindo uma visão mais inclusiva e descolonial.

Este volume é um recurso valioso para profissionais, estudantes e pesquisadores interessados em avançar na compreensão e prática do bem-estar. Agradecemos aos autores por suas pesquisas e esperamos que este trabalho estimule mais pesquisas e inovações na área.

Boa leitura!



# Associação entre fatores de risco comportamentais modificáveis e obesidade em adultos de São Luís-MA

## *Association between modifiable behavioral risk factors and obesity in adults from São Luís-MA*

**Maria Célia Costa Oliveira**

*Faculdade de Ensino Superior Florence*

**Rafaela Vitória Pereira Sá**

*Universidade Federal do Maranhão (UFMA)*

**Naruna Aritana Costa Melo**

*Mestra em Biodiversidade, Ambiente e Saúde – Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)*

**Samíria de Jesus Lopes Santos-Sodré**

*Doutora em Ciência e Tecnologia de Alimentos – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA) – Campus Barreirinhas*

**Luana Lopes Padilha**

*Doutora em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Maranhão (UFMA) Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA) – Campus Barreirinhas*

**Nathalya de Sousa Campos Araújo**

*Especialista em Vigilância em Saúde - Instituto Sírio-Libanês*

**Nivaldo de Jesus Silva Soares Junior**

*Doutor em Biotecnologia - Universidade Federal do Maranhão (UFMA)*

**Liane Maria Rodrigues dos Santos**

*Mestra em Ciências da Educação - Universidade Católica Portuguesa (UCP). Docente da Faculdade de Ensino Superior Florence*

**Lilian Fernanda Pereira Cavalcante**

*Mestra em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Docente da Faculdade de Ensino Superior Florence*

### RESUMO

As taxas de obesidade estão aumentando significativamente no mundo. O artigo teve como objetivo analisar a associação entre fatores de risco modificáveis e obesidade, na população adulta de São Luís, MA. Trata-se de um estudo analítico, de caráter transversal, de base populacional,



que será conduzido por meio de dados secundários do inquérito telefônico Vigitel do ano de 2019. As variáveis categóricas foram descritas por frequências relativas, respectivos intervalos de confiança (IC 95%) e p-valor, por sexo. As associações entre as variáveis de exposição e desfecho (obesidade) foram mensuradas por meio da regressão de Poisson e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Foram avaliados 2.065 indivíduos, com predominância do sexo feminino (65,8%) e prevalência de obesidade de 16,2%. De acordo com os dados apresentadas pelo Vigitel 2019 para a população de São Luís/MA, quanto à associação entre fatores de risco comportamentais modificáveis e a obesidade, temos que os indivíduos entre 35 e 44 anos apresentaram RP de 3,56 (IC95%: 1,91-6,64; p-valor <0,001) reduzindo com a idade e a escolaridade de 0 a 8 anos RP de 2,32 (IC95%: 1,39-3,86; p-valor 0,001) apresentou associação com a obesidade. Conclui-se que políticas públicas que atuam diretamente nos fatores identificados pelos estudos, tornam-se mais assertivos no controle da obesidade.

**Palavras-chave:** obesidade; inquéritos epidemiológicos; fatores de risco.

## ABSTRACT

Obesity rates are increasing significantly around the world. This article aims to analyze the association between modifiable risk factors and obesity in the adult population of São Luís, MA. This is an analytical, cross-sectional, population-based study that will be conducted using secondary data from Vigitel 2019 telephone survey. Categorical variables were described by their relative frequencies, respective confidence intervals (95% CI) and p-value, by gender. The associations between exposure variables and outcome (obesity) were measured using Poisson regression and their respective 95% confidence intervals. A total of 2,065 individuals were assessed, with a predominance of females (65.8%) and a prevalence of obesity of 16.2%. According to the data presented by Vigitel 2019 for the population of São Luís/MA, regarding the association between modifiable behavioral risk factors and obesity, individuals between 35 and 44 years of age showed a PR of 3.56 (95%CI: 1.91-6.64; p-value <0.001) reducing with age, and schooling from 0 to 8 years PR of 2.32 (95%CI: 1.39-3.86; p-value 0.001) showed an association with obesity. It can be concluded that public policies that act directly on the factors identified by the studies become more assertive in controlling obesity.

**Keywords:** obesity; health surveys; risk factors; tobacco use disorder; alcoholism.

## INTRODUÇÃO

Obesidade pode ser conceituada como o excesso de gordura no organismo que resulta da associação de fatores de origem socioeconômica, comportamental e biológica (Almeida *et al.*, 2017). É considerada um fator de risco para o surgimento de doenças como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidente vascular encefálico, câncer e outras (Brasil, 2014), causando assim, impacto negativo na saúde do indivíduo com repercussões na qualidade de vida da população (Colditz; Dart, 2018; Piché *et al.*, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o excesso de peso e a obesidade são problemas de saúde mundial, sendo 43% ou 2,5 bilhões dos adultos caracterizados com sobrepeso e 16% ou 890 milhões, com obesidade em 2022 (WHO, 2024). No Brasil, entre os anos de 2013 a 2019 houve uma diminuição de indivíduos eutróficos, de 40,5% para 36,6% e aumento da obesidade de 20,8% para 25,9% (Ferreira *et al.*, 2021); ao observar o período de 2006 a 2019 é possível notar um incremento na prevalência de excesso de peso entre indivíduos adultos em todas as faixas etárias a partir dos 18 anos (Silva *et al.*, 2021).

Conforme pesquisa feita nas capitais brasileiras, cuja fonte de dados é o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis (Vigitel), em 2018, 56% da população das capitais estavam com excesso de peso, e 20%, obesas. Em São Luís, o excesso de peso figurou em 47%, diferente de Cuiabá que atingiu 61% e Vitória (ES) que pontuou 52% para excesso de peso (Brasil, 2019).

Como fatores risco modificáveis que influenciam o aparecimento e a prevalência do sobrepeso e obesidade, temos a mudança de hábito alimentar devido à industrialização dos alimentos, que sugere uma alimentação inadequada, além das inovações tecnológicas que contribuem para o tempo excessivo em frente às telas, fator que contribui para o sedentarismo (Almeida *et al.*, 2017).

Quanto aos custos despendidos para controle da obesidade e seus problemas associados, o Sistema Único de Saúde (SUS) investiu em 2011, US\$239,6 milhões. Destes, 24% foram destinados a problemas relativos à obesidade. No ano de 2018, o Brasil custeou R\$1,39 bilhão para o controle da obesidade, como fator de risco associado a HAS e diabetes mellitus (Nilson *et al.*, 2020) diabetes e obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS). A nível global, em 2014, foram gastos em torno de U\$2,0 trilhões, ou 2,8% do Produto Interno Bruto (PIB) global, além dos custos advindos da baixa produtividade no trabalho, mortalidade e invalidez permanente (Tremmel *et al.*, 2017).

Como estratégia de combate à obesidade, o Ministério da Saúde torna-se um importante ator no desenvolvimento de planos e políticas que visam minimizar as taxas de excesso e de peso e melhorar a qualidade de vida da população, por meio de compromissos assumidos com a agenda de alimentação e nutrição, com ampliação do escopo para prevenção da obesidade e promoção da alimentação adequada e saudável, especialmente a partir de 2010 (Bortolini *et al.*, 2021)

Desta forma, o monitoramento de fatores de risco comportamentais modificáveis e obesidade torna-se relevante, pois conforme aconteçam mudanças comportamentais na sociedade, há possibilidade de detecção precoce e o desenvolvimento de intervenções em saúde mais eficientes. Em muitos casos, esta detecção precoce pode influenciar positivamente a evolução de comorbidades e evitar complicações que requerem tratamentos mais onerosos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

## MATERIAL E MÉTODOS

### Tipo de estudo

Estudo analítico, de caráter transversal, de base populacional, que será realizado por meio de dados secundários do inquérito telefônico Vigitel do ano de 2019 (Brasil, 2020). O Vigitel é um estudo transversal, representativo para a população adulta (>18 anos) residente nas 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal, realizado anual e continuamente pelo Ministério da Saúde desde 2006.

Este estudo é parte do Projeto de Pesquisa “Fatores de risco comportamentais modificáveis e doenças crônicas não transmissíveis: análise de dados do inquérito telefônico Vigitel (2019)”, que obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Dr. Carlo Macieira - HCM (Processo nº 4.723.720), atendendo as exigências da Resolução nº no.466/2012 e Norma Operacional no. 001 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde.

### Amostragem

Os procedimentos de amostragem empregados pelo Vigitel visaram obter, em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de adultos (pessoas de 18 anos ou mais de idade) que residem em domicílios servidos por, ao menos, uma linha telefônica fixa (Brasil, 2020).

As etapas da amostragem para o ano de 2019, consistiram no sorteio de ao menos 5 mil linhas telefônicas por capital, estratificadas pelo código de endereço postal (CEP), seguida pelo sorteio de um dos adultos que residam no domicílio sorteado. Esta última etapa foi executada somente após a identificação entre as linhas sorteadas que são elegíveis para o sistema, não sendo elegíveis aquelas que pertençam a alguma empresa, linhas desativadas ou encontradas fora de serviço, linhas que não responderam ao menos seis tentativas de chamadas (Brasil, 2020).

O Vigitel sorteou em 2019, 197.600 linhas telefônicas em todas as 26 capitais do Brasil mais o Distrito Federal, identificando 75.789 linhas elegíveis, totalizando uma média individual de 7.200 ligações para cada capital. Ao final, foram completadas 52.443 entrevistas com pessoas de 18 anos ou mais de idade, o que indica uma taxa de sucesso do sistema de 69,2%, variando entre 59%, em Macapá, e 75%, em Salvador e no Distrito Federal (BRASIL, 2020). Na capital de São Luís, foram entrevistados um total de 2.065 indivíduos.

Nesse sentido, serão inclusos todos os indivíduos com 18 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, entrevistados pelo inquérito telefônico e cujas informações avaliadas estejam disponíveis para verificação. Serão excluídos os indivíduos com dados incompletos ou inconsistentes. Maiores detalhes sobre a amostragem deste inquérito podem ser obtidos em publicação própria (Brasil, 2020). Para a obtenção dos dados dos entrevistados foi aplicado um questionário sobre as condições demográficas e socioeconômicas, condições de saúde, e os fatores de risco comportamentais modificáveis para DCNT.

## Coleta de dados

As entrevistas telefônicas realizadas pelo Vigitel no ano de 2019 foram feitas entre os meses de janeiro a dezembro de 2019, e foram realizadas por uma empresa especializada. Para a obtenção dos dados dos entrevistados foi aplicado um questionário sobre as condições demográficas e socioeconômicas, condições de saúde, e os fatores de risco comportamentais modificáveis para DCNT.

A equipe responsável pelas entrevistas recebeu treinamento prévio e foi supervisionada, durante a operação do sistema, por pesquisadores do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição em Saúde (Nupens/USP), do Grupo de Estudos, Pesquisas e Práticas em Ambiente Alimentar e Saúde (Geppaas/UFMG) e por técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) (Brasil, 2020).

## Variáveis utilizadas no estudo

Das informações disponíveis, as seguintes serão utilizadas na presente pesquisa: a) características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos como: cidade, sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade e recebimento de benefício do programa Bolsa Família; b) características de atividade física (frequência e duração da prática de exercícios físicos), tempo de tela (hábito de assistir à televisão e uso de computador, tablet ou celular no tempo livre), frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; c) características da alimentação como: frequência de consumo de frutas e hortaliças, feijão, refrigerantes, alimentos naturais e alimentos industrializados; d) peso e altura referidos, utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Para o IMC foi utilizado o ponto de corte  $\geq 30,0$  para obesidade.

O consumo alimentar foi analisado por marcadores de alimentação saudável e não saudável. Os marcadores de alimentação saudável foram: consumo recomendado de frutas e hortaliças (cinco ou mais vezes ao dia em cinco ou mais dias da semana); consumo regular de feijão (cinco dias ou mais por semana) e alimentos in natura ou minimamente processados (consumo de cinco ou mais grupos). Já os marcadores de alimentação não saudável foram consumo regular (cinco dias ou mais por semana) de refrigerantes ou suco artificial e alimentos ultraprocessados (cinco ou mais vezes ao dia em cinco ou mais dias da semana).

## Análise de dados

Os dados extraídos do banco de dados do Vigitel (2019) foram organizados no software *Microsoft Office Excel*® 2016. As variáveis categóricas foram descritas por frequências relativas, seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) e p-valor, por sexo.

As estimativas foram ponderadas para a população, atribuindo pesos finais a cada indivíduo de forma a igualar a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos com telefone da amostra do Vigitel, à composição sociodemográfica que se estima para a população adulta total de São Luís, Maranhão. O peso pós-estratificação foi calculado pelo método *Rake*, considerando o delineamento amostral da pesquisa.

As associações entre as variáveis de exposição e desfecho (obesidade) foram mensuradas por meio da regressão de Poisson e seus respectivos intervalos de confiança de 95%, da seguinte forma: no Modelo 1, realizou-se a associação do desfecho obesidade com os fatores sociodemográficos, as variáveis que associaram ( $p < 0,10$ ) foram incluídas no modelo 2; no Modelo 2, foi realizada a associação com os fatores relacionados ao estilo de vida dos participantes, e de maneira semelhante ao anterior, as variáveis com  $p < 0,10$  foram incluídas no Modelo 3, que associou o desfecho com os fatores alimentares; por fim, o Modelo Final foi construído, com as variáveis que associaram no modelo anterior ( $p < 0,10$ ). O nível de significância adotado no modelo final também foi de 5%. O software utilizado foi o STATA® (StataCorp, LC) versão 14.0. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas.

## RESULTADOS

Foram avaliados 2.065 indivíduos e suas características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1. Há a predominância de indivíduos do sexo feminino (65,8%), faixa etária de 25 a 34 anos (32,6%; IC95% 29,0-36,3), solteiros (54,4%; IC95% 51,0-57,7) e de cor da pele parda (54,3%; IC95% 50,7-57,8). A maioria dos adultos estudados possui de 9 a 11 anos de estudo (47,5%; IC95% 44,1-50,8) e não era beneficiária do programa Bolsa Família (89,8%; IC95% 87,4-91,8). Houve uma diferença estatisticamente significativa entre beneficiários e não beneficiários, estratificado por sexo ( $p = 0,022$ ). A prevalência de obesidade na população ludovicense foi de 16,2% (dado não apresentado em tabela).

**Tabela 1 - Características sociodemográficas, por sexo, em adultos entrevistados pelo Vigitel (2019).**

Variáveis	Total (n=2.065)		Masculino (n=707)		Feminino (n=1.358)		p-valor
	%	IC	%	IC	%	IC	
<b>Faixa etária (anos)</b>							0,091
18 a 24	18,6	16,2-21,3	21,3	17,2-26,0	16,5	13,7-19,6	
25 a 34	32,6	29,0-36,3	34,4	28,4-41,0	31,0	27,1-35,3	
35 a 44	19,4	16,9-22,0	16,4	12,7-20,8	21,8	18,7-25,1	
45 a 54	14,8	12,8-16,9	14,8	11,6-18,4	14,8	12,5-17,4	
55 a 64	8,4	7,3-9,5	7,7	6,1-9,6	9,0	7,7-10,3	
≥65 anos	6,2	5,51-7,06	5,4	4,29-6,82	6,9	6,01-7,93	
<b>Estado Civil</b>							0,130
Solteiro	54,4	51,0-57,7	54,8	49,0-60,4	54,1	50,2-57,9	
Casado legalmente	26,3	23,6-29,0	26,7	22,3-31,6	26,0	22,9-29,1	
União estável	11,2	9,3-13,4	13,1	9,88-17,2	9,6	7,6-12,0	
Viúvo	3,2	2,3-4,4	1,7	0,4-5,6	4,5	3,6-5,5	
Separado ou divorciado	4,9	3,5-6,6	3,7	1,8-7,2	5,8	4,1-7,9	
<b>Cor</b>							0,176
Branca	28,4	25,3-31,7	29,9	24,6-35,7	27,2	23,7-30,9	
Preta	15,8	12,9-19,2	18,6	13,3-25,2	13,7	11,1-16,6	
Amarela	0,4	0,1-0,7	0,4	0,1-1,1	0,3	0,16-0,77	
Parda	54,3	50,7-57,8	50,1	44,0-56,1	57,7	53,6-61,7	
Indígena	1,1	0,6-1,7	1,0	0,4-2,3	1,1	0,6-2,0	

Variáveis	Total (n=2.065)		Masculino (n=707)		Feminino (n=1.358)		p-valor
	%	IC	%	IC	%	IC	
<b>Escolaridade (anos)</b>							0,512
0 a 8	22,5	19,2-26,2	24,1	18,3-31,14	21,2	17,8-24,9	
9 a 11	47,5	44,1-50,8	47,6	41,8-53,3	47,4	43,5-51,3	
12 ou mais	30,0	27,2-32,8	28,3	23,9-33	31,4	28,0-34,9	
<b>Bolsa Família</b>							0,022
Sim	10,2	8,1-12,7	7,2	4,6-0,9	12,6	9,8-15,9	
Não	89,8	87,4-91,8	92,8	89,0-95,3	87,4	84,0-90,1	

\*p-valor &lt;0,05

Na tabela 2 são apresentados os fatores de estilo de vida. Houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos para as variáveis exercício físico (47,7%; IC95% 43,7-51,6; p = 0,003) e atividade física  $\geq 150$  min/semana (55,5%; IC95% 51,5-59,3; p = 0,0004), maior entre mulheres; e para o uso abusivo de álcool (24,5%; IC95% 20,0-29,6, p <0,0001) e tabaco (7,4%; IC95% 4,6-11,4 p = 0,002) que foi maior entre os homens.

Tabela 2 - Fatores de risco de estilo de vida, por sexo, em adultos entrevistados pelo Vigitel (2019).

Variáveis	Total (n=2.065)		Masculino (n=707)		Feminino (n=1.358)		p-valor
	%	IC	%	IC	%	IC	
<b>Exercício Físico</b>							0,003
Não	57,4	53,9-60,7	63,6	57,3-69,5	52,3	48,3-56,2	
Sim	42,6	39,2-46,0	36,4	30,5-42,6	47,7	43,7-51,6	
<b>Exercício Físico &gt; 1 sem.</b>							0,986
Não	93,2	90,8-94,9	93,1	89,3-95,6	93,2	89,9-95,4	
Sim	6,8	5,0-9,2	6,9	4,3-0,6	6,8	4,5-0,0	
<b>Inativo</b>							0,557
Não	84,2	81,5-86,6	85,1	80,2-88,9	83,5	80,3-86,2	
Sim	15,8	13,4-18,4	14,9	11,0-19,8	16,5	13,7-19,6	
<b>Atividade física <math>\geq 150</math>min/sem</b>							0,0004
Não	50,4	47,0-53,8	57,7	51,5-63,5	44,5	40,6-48,4	
Sim	49,6	46,2-52,9	42,3	36,4-48,4	55,5	51,5-59,3	
<b>Hábito de assistir TV – 3hrs/dia</b>							0,283
Não	78,3	75,3-80,9	76,5	71,2-81,1	79,7	76,3-82,7	
Sim	21,7	19,0-24,6	23,5	18,8-28,7	20,3	17,2-23,7	
<b>Tempo de tela (não TV) – 3hrs/dia</b>							0,007
Não	35,5	32,3-38,6	30,4	25,4-35,9	39,6	35,8-43,3	
Sim	64,5	61,3-67,6	69,6	64,0-74,5	60,4	56,6-64,1	
<b>Uso abusivo de álcool</b>							<0,0001
Não	82,8	80,0-85,2	75,5	70,4-79,9	88,7	85,8-91,1	
Sim	17,2	14,7-19,5	24,5	20,0-29,6	11,3	8,8-14,1	
<b>Tabagismo</b>							0,002
Não	95,2	93,2-96,6	92,6	88,7-95,3	97,4	95,6-98,3	

Sim	4,8	3,3-6,7	7,4	4,6-11,4	2,6	1,6-4,3	
<b>Mais de 20 cigarros/d</b>							0,512
Não	99,7	99,0-99,8	99,5	98,4-99,8	99,8	98,5-99,9	
Sim	0,3	0,1-0,9	0,5	0,1-1,5	0,2	0,4-1,4	

\*p-valor <0,05

Os indicadores de consumo alimentar foram apresentados na Tabela 3. Entre os marcadores da alimentação saudável, maior prevalência total do consumo regular de hortaliças (68,2%, IC95% 65,0-71,1), frutas (74,8%, IC95% 71,9-77,4), feijão (64,3%; IC95% 61,0-67,4) e alimentos in natura ou minimamente processados (68,6%; IC95% 65,5-71,5) foi observado, no entanto não houve diferença estatisticamente significativa. Para os marcadores de alimentação não saudável, o consumo regular de refrigerante observado foi de 5,5% (IC95% 4,1-7,4), enquanto o consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) foi de 15% (IC95% 12,4-17,8), este último apresentando uma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,031$ ). O consumo regular de AUP entre homens foi de 18,2% (IC95% 13,8-23,3) e 12,3% para as mulheres (IC95% 9,6-15,5).

Na Tabela 4 são apresentados os modelos estatísticos. No modelo final, foram incluídas as variáveis que se associaram à obesidade nos modelos anteriores ( $p < 0,10$ ), obtendo-se a análise entre fatores sociodemográficos e obesidade. Dentre as faixas etárias avaliadas, os indivíduos entre 35 e 44 anos apresentaram a maior RP, de 3,56 (IC95% 1,91-6,64;  $p$ -valor <0,001) reduzindo com a idade. A menor escolaridade aumenta a probabilidade do indivíduo ser obeso em comparação ao maior nível de escolaridade (RP=2,32; IC95% 1,39-3,86;  $p = 0,001$ ).

## DISCUSSÃO

Este estudo buscou caracterizar a população ludovicense quanto fatores sociodemográficos e comportamentais modificáveis, além de investigar a associação entre tais fatores e a obesidade na amostra estudada. Observou-se a associação entre faixa etária, nível de escolaridade e a obesidade. A prevalência dessa comorbidade foi de 16,2%.

A prevalência de obesidade apresentada em nosso estudo foi 0,5% maior que a observada no ano anterior na pesquisa Vigitel para a cidade de São Luís (16,2% e 15,7%, respectivamente) (Brasil, 2019). Esse aumento na taxa de obesidade entre adultos é uma tendência observada no Brasil e na América do Sul (FAO, 2023). Estudo transversal realizado em Bangladesh demonstrou que taxa de sobrepeso e obesidade no país foi de 25,9% e maior entre mulheres, indivíduos que moravam na zona urbana e que possuíam melhor aporte econômico (Riaz *et al.*, 2020)

Ao observarmos variáveis sociodemográficas, uma diferença estatisticamente significativa entre beneficiários e não beneficiários do PBF foi observada ( $p = 0,022$ ). Sabe-se que as mulheres seguem sendo as principais beneficiárias titulares desse benefício (Garcia; Queiroz; Lucena, 2021; Viganó; Gazolla, 2020) e na cidade de São Luís, entre as mulheres, 12,6% (IC95% 9,8-15,9) relata ser beneficiária do PBF, prevalência maior que a observada por Malta *et al.* (2020) são mais jovens e vivem com maior frequência nas



regiões Nordeste e Norte do país. Prevalências mais elevadas de fatores de risco foram encontradas nas mulheres beneficiárias do PBF. A RP ajustada por idade das mulheres com BF foram: fumantes (RP = 1,98 em estudo que analisa as 26 capitais e Distrito Federal).

O Bolsa Família é um benefício concedido a famílias financeiramente hipossuficientes, geralmente em vulnerabilidade social. Ao avaliar mulheres beneficiárias e não beneficiárias, Malta *et al.* (2020) aponta que as beneficiárias se concentram mais na região nordeste, possuem prevalência de obesidade e sobrepeso mais elevados, pois apresentam maior tempo de tela, consomem mais tabaco, refrigerantes, além de menor consumo de frutas e hortaliças em comparação à não beneficiárias.

Os fatores de risco comportamentais em nosso estudo demonstram que quase  $\frac{1}{4}$  dos homens adultos apresentaram uso abusivo de álcool e 7,4% comportamento tabagista. Esse comportamento de risco é frequentemente observado entre homens, em comparação às mulheres. Em relatório da Organização Mundial da Saúde, homens bebem de maneira mais frequente do que as mulheres e possuem maior prevalência de episódios de consumo excessivo de álcool (WHO, 2018). Na zona rural de Pelotas, o comportamento tabagista e consumo de álcool também foi observado em maior prevalência nesse grupo (Hirschmann *et al.*, 2020). Apesar disso, uma tendência de queda tanto no uso do tabaco quanto no consumo de álcool em ambos os sexos é notada por estudiosos (Santos; Coutinho, 2020).

Entre as mulheres, a maioria era praticante de exercícios físicos ou atividade física  $\geq 150$  min/semana em comparação com homens. Esses resultados contrastam com outros estudos que demonstram que entre mulheres a inatividade física é um dos comportamentos de risco com prevalência mais elevada (Hirschmann *et al.*, 2020; Streb *et al.*, 2020) e estas são mais sujeitas a diminuir suas práticas em atividade física conforme envelhecem (Jones; Leeman; Evenson, 2020).

Esses comportamentos de risco tanto em homens quanto em mulheres devem ser observados com cautela, uma vez que estão associados a maiores taxas de obesidade e a demais desfechos negativos em saúde (Riaz *et al.*, 2020).

Os achados do Vigitel 2019 para os marcadores de alimentação saudável demonstram que a maior parte da população entrevistada consome hortaliças, frutas, feijão e alimentos minimamente processados. Aliado a isso, dados de pesquisa do Vigitel 2018 salientam que houve aumento de consumo desses alimentos em todas as capitais brasileiras e que esse consumo aumenta conforme aumenta o grau de escolaridade e, aumento de idade, para as mulheres (Santos; Coutinho, 2020).

Além disso, foi observado o consumo regular de alimentos ultraprocessados excessivo na capital maranhense. Santos e Coutinho (2020) verificaram consumo semelhante de 14,4% de refrigerantes e sucos industrializados entre os entrevistados nas 27 capitais brasileiras com dados do Vigitel 2018. Entre adultos de 23 a 25 anos da cidade de Ribeirão Preto, cerca de 38,7% do consumo calórico total da dieta era proveniente de alimentos ultraprocessados e esse consumo associou-se ao aumento do IMC e indicadores de massa gorda ao final da terceira década de vida (Rudakoff *et al.*, 2022).

O consumo excessivo de alimentos ultraprocessados deve ser levado em consideração uma vez que estes são considerados indicadores de uma qualidade pobre da

dieta (Koiwai *et al.*, 2019), devido a sua composição rica em açúcares de adição e gorduras, aditivos, alta densidade calórica e baixos valores de fibras dietéticas (Monteiro *et al.*, 2019)

No modelo estatístico final testado, a escolaridade do indivíduo com 0 a 8 anos de estudo apresentou uma RP de 2,32 (IC95% 1,39-3,86;  $p = 0,001$ ), uma associação positiva com a obesidade em comparação àqueles com 12 anos ou mais. A relação entre a educação e a obesidade demonstra ter comportamento linear em países como Austrália, Inglaterra e Canadá, em que indivíduos com menos anos de estudo possuem valores maiores de IMC, enquanto o aumento em um ano de escolaridade, reduz esse indicador (Devaux *et al.*, 2011). Isso se explica, pois, uma menor escolaridade pode estar associada a menor renda, acesso a serviços, pior produção de autocuidado e desfechos em saúde (Raghupathi; Raghupathi, 2020; Zajacova; Lawrence, 2018).

No Brasil, a relação entre a obesidade, fatores demográficos e socioeconômicos se comporta de maneira mais complexa. Prevalências elevadas de obesidade podem ser observadas nos dois extremos de escolaridade e renda, tanto entre indivíduos mais pobres e de menor escolaridade, quanto entre mais ricos e de maior escolaridade (Jiwani *et al.*, 2019). Em um estudo nacional, os maiores níveis de educação associaram-se de maneiras distintas entre os sexos com a obesidade: no sexo feminino apresentavam menor prevalência de obesidade, enquanto no masculino o comportamento oposto foi observado (Gomes *et al.*, 2019). Uma análise temporal observou que as mulheres adultas brasileiras que apresentaram maior ganho de peso foram as de menor escolaridade (Brebai *et al.*, 2020).

Dentre as faixas etárias avaliadas, os indivíduos entre 35 e 44 anos apresentaram a maior RP, de 3,56 (IC95% 1,91-6,64;  $p < 0,001$ ) reduzindo com a idade. Outros autores também encontraram maior prevalência de obesidade nas faixas etárias medianas, entre 30 a 59 anos (Mainardes; Muller; Martins, 2023) resultante do excesso de adiposidade prejudicial à saúde. É considerada também como fator de risco a outras patologias, principalmente doenças crônicas não transmissíveis (DCNT e de 40 a 59 anos, com os maiores aumentos na prevalência de obesidade entre os anos de 2013-2019 (Ferreira *et al.*, 2021).

Este estudo possui algumas limitações, primeiro, os dados utilizados são autorreferidos o que pode gerar superestimação ou subestimação de medidas, como as de peso e/ou altura. Segundo a amostra se restringe a população que possui telefone fixo, o que diminui consideravelmente o contingente populacional da amostra. Terceiro, este estudo tem caráter transversal e, portanto, não é capaz de estabelecer uma relação de causa e efeito para as variáveis abordadas.

Tabela 3 - Fatores de risco alimentares, por sexo, em adultos entrevistados pelo Vigitel (2019).

Variáveis	Total (n=2.065)		Masculino (n=707)		Feminino (n=1.358)		p-valor
	%	IC	%	IC	%	IC	
<b>Consumo regular de hortaliças ( &lt; 5x/semana)</b>							0,096
Não	31,8	28,8-34,9	28,9	24,0-34,1	34,3	30,7-37,9	
Sim	68,2	65,0-71,1	71,1	65,8-75,9	65,7	62,0-69,3	
<b>Consumo regular de frutas ( &lt; 5x/semana)</b>							0,201
Não	25,2	22,5-28,0	21,4	17,2-26,2	28,3	25,0-31,8	
Sim	74,8	71,9-77,4	78,6	73,7-82,8	71,7	68,1-74,9	
<b>Consumo regular de feijão ( &lt; 5x/semana)</b>							0,081
Não	35,7	32,5-38,9	38,9	33,5-44,5	33,1	29,4-36,9	
Sim	64,3	61,0-67,4	61,1	55,4-66,4	66,9	63,1-70,5	
<b>Consumo regular de refrigerante ( ≥ 5x/semana)</b>							0,855
Não	5,5	4,1-7,4	5,7	3,6-8,8	5,4	3,6-7,9	
Sim	94,5	92,5-95,8	94,3	91,1-96,3	94,6	92,0-96,3	
<b>Consumo de alimentos in natura ou minimamente processados ( &lt; 5 grupos)</b>							0,099
Não	31,4	28,4-34,5	28,5	23,9-33,6	33,8	30,1-37,5	
Sim	68,6	65,5-71,5	71,5	66,3-76,0	66,2	62,4-69,8	
<b>Consumo de alimentos ultrapro- cessados ( ≥ 5 grupos)</b>							<b>0,031</b>
Não	85,0	82,2-87,5	81,8	76,6-86,1	87,7	84,4-90,3	
Sim	15,0	12,4-17,8	18,2	13,8-23,3	12,3	9,6-15,5	

\*p-valor &lt;0,05

**Tabela 4 - Fatores de risco comportamentais modificáveis associados à obesidade em adultos Vigitel (2019).**

Doenças crônicas	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo final		
	Fatores sociodemográficos			Fatores sociodemográficos e de estilo de vida			Fatores sociodemográficos, de estilo de vida e alimentares					
	RP	p-valor	IC 95%	RP	p-valor	IC 95%	RP	p-valor	IC 95%	RP	p-valor	IC 95%
<b>Sexo</b>												
Masculino	Ref.											
Feminino	0,76	0,102	0,56-1,05									
<b>Faixa etária</b>												
18 a 24 anos	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
25 a 34	2,47	0,008	1,26-4,83	2,54	0,027	1,11-5,81	2,36	0,011	1,21-4,61	2,38	0,011	1,22-4,67
35 a 44	4,15	0,000	2,20-7,83	3,21	0,007	1,38-7,43	3,49	0,000	1,85-6,58	3,56	0,000	1,91-6,64
45 a 54	2,65	0,005	1,33-5,24	2,02	0,153	0,76-5,36	2,42	0,011	1,22-4,81	2,49	0,006	1,29-4,79
55 a 64	3,62	0,000	1,82-7,18	3,22	0,014	1,27-8,19	2,56	0,007	1,28-5,10	2,59	0,004	1,35-4,96
65 anos e mais	1,98	0,074	0,93-4,20	2,10	0,152	0,75-5,85	1,41	0,362	0,66-2,99	1,43	0,308	0,71-2,85
<b>Estado conjugal atual</b>												
Solteiro(a)	Ref.			Ref.			-	-	-	-	-	-
Casado(a) legalmente	0,68	0,046	0,47-0,99	1,10	0,720	0,64-1,87	-	-	-	-	-	-
Tem união estável há mais de seis meses	0,67	0,150	0,39-1,15	0,66	0,292	0,30-1,42	-	-	-	-	-	-
Viúvo(a)	0,64	0,228	0,31-1,31	1,25	0,571	0,57-2,76	-	-	-	-	-	-
Separado(a) ou divorciado(a)	0,71	0,364	0,34-1,48	0,94	0,898	0,43-2,09	-	-	-	-	-	-
<b>Raça / Cor</b>	Ref.			-	-	-	-	-	-	-	-	-
Branca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Preta	1,01	0,970	0,56-1,81	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amarela	0,78	0,801	0,12-5,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parda	0,90	0,587	0,63-1,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indígena	1,19	0,725	0,44-3,21	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Anos de escolaridade</b>												
0 a 8 anos	2,30	0,002	1,37-3,85	1,67	0,141	0,84-3,33	2,31	0,002	1,34-3,97	2,32	0,001	1,39-3,86
9 a 11 anos	1,38	0,082	0,95-1,98	1,53	0,060	0,98-2,40	1,39	0,068	0,97-1,98	1,39	0,058	0,98-1,97
12 anos e mais	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
<b>Bolsa Família</b>	<b>0,83</b>	<b>0,425</b>	<b>0,53-1,30</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Exercício Físico &gt;1 sem.</b>	-	-	-	1,61	0,191	0,78-3,33	-	-	-	-	-	-
<b>Atividade Física &gt;= 150 min./sem.</b>	-	-	-	0,77	0,323	0,46-1,28	-	-	-	-	-	-
<b>Hábito de assistir TV 3hs/dia</b>	-	-	-	1,21	0,443	0,73-2,02	-	-	-	-	-	-
<b>Tempo de tela (não TV) - 3hrs/dia</b>	-	-	-	1,043	0,870	0,62-1,74	-	-	-	-	-	-
<b>Uso abusivo de álcool</b>	-	-	-	2,18	0,001	1,36-3,49	1,17	0,398	0,80-1,72	-	-	-
<b>Tabagismo</b>	-	-	-	0,39	0,148	0,11-1,38	-	-	-	-	-	-
<b>Mais de 20 cigarros/d</b>	-	-	-	2,08	0,000	3,27-1,32	0,61	0,629	0,08-4,33	-	-	-
<b>Consumo regular de hortaliças (&lt; 5x/semana)</b>	-	-	-	-	-	-	0,91	0,792	0,47-1,76	-	-	-
<b>Consumo regular de frutas (&lt; 5x/semana)</b>	-	-	-	-	-	-	0,99	0,988	0,65-1,51	-	-	-
<b>Consumo regular de feijão (&lt; 5x/semana)</b>	-	-	-	-	-	-	0,96	0,842	0,71-1,31	-	-	-
<b>Consumo regular de refrigerante (&gt;= 5x/semana)</b>	-	-	-	-	-	-	1,46	0,397	0,60-3,54	-	-	-
<b>Consumo de alimentos in natura ou minimamente processados (&lt; 5 grupos)</b>	-	-	-	-	-	-	1,09	0,580	0,80-1,48	-	-	-
<b>Consumo de alimentos ultraprocessados (&gt;= 5 grupos)</b>	-	-	-	-	-	-	1,06	0,795	0,64-1,77	-	-	-

Fonte: Os autores, 2024.

<sup>1</sup> RP: Razão de prevalência. <sup>2</sup> Valor de p considerado estatisticamente significativo: p<0,05. <sup>3</sup> IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Nota: Razão de prevalência, seus respectivos IC95% e a significância estatística (valor de p) foram estimados por modelos de regressão de Poisson

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados apresentadas pelo Vigitel 2019 para a população de São Luís/MA, a faixa etária e a escolaridade associam-se a obesidade. É importante que profissionais de saúde compreendam de forma mais profunda as relações de associação entre estilo de vida e processos de saúde-doença, bem como a forma mais adequada de abordar tais aspectos nas suas práticas. Ressalta-se ainda, que os dados apresentados refletem períodos pré-pandêmico, e que a sociedade se estabelece de forma dinâmica e seus contextos são mutáveis ao longo do tempo.

A escolaridade apresenta-se como relevante para o desenvolvimento da sociedade de forma mais complexa, e primordialmente em questões de autocuidado relacionados à saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. M. de *et al.* Estratégias e desafios da gestão da Atenção Primária à Saúde no controle e prevenção da obesidade. **Revista Gestão & Saúde**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 114–139, 2017.
- BORTOLINI, G. A. *et al.* Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. suppl 1, p. e00152620, 2021.
- BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. [S. l.]: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2014. (Cadernos de Atenção Básica, v. 38).
- BRASIL. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis., 2019.
- BRASIL. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis., 2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2019\\_vigilancia\\_fatores\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf).
- BREBAL, K. M. D. M. *et al.* Ganho de peso e mudança do estado nutricional de brasileiros após os 20 anos de idade: uma análise de série temporal (2006-2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 23, p. e200045, 2020.
- COLDITZ, G. A.; DART, H. Epidemiology and Health and Economic consequences of obesity. In: **HANDBOOK OF OBESITY TREATMENT**. [S. l.]: Guildford Press, 2018. v. 2, p. 3–24.
- DEVAUX, M. *et al.* Exploring the Relationship Between Education and Obesity. **OECD Journal: Economic Studies**, [s. l.], v. 2011, n. 1, p. 121–160, 2011.
- FAO, F. and A. O. **Regional Overview of Food Security and Nutrition – Latin America and the Caribbean 2022**. [S. l.]: FAO; IFAD; UNICEF; PAHO; WFP;., 2023. Disponível em: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cc3859en>. Acesso em: 7 mar. 2024.

- FERREIRA, A. P. D. S. *et al.* Increasing trends in obesity prevalence from 2013 to 2019 and associated factors in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 24, n. suppl 2, p. e210009, 2021.
- GARCIA, M. J. C.; QUEIROZ, S. F. de; LUCENA, A. F. de. UMA ANÁLISE DO PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA REGIÃO CENTRO-OESTE EM 2018. **Revista de Economia da UEG**, [s. l.], v. 17, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/economia/article/view/11068>.
- GOMES, D. C. K. *et al.* Trends in obesity prevalence among Brazilian adults from 2002 to 2013 by educational level. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 965, 2019.
- HIRSCHMANN, R. *et al.* Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em população rural de um município no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 23, p. e200066, 2020.
- JIWANI, S. S. *et al.* The shift of obesity burden by socioeconomic status between 1998 and 2017 in Latin America and the Caribbean: a cross-sectional series study. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 7, n. 12, p. e1644–e1654, 2019.
- JONES, S. A.; LEEMAN, J.; EVENSON, K. R. Physical Activity Facilitators and Barriers Among Retired Women in North Carolina: A Qualitative Study. **North Carolina Medical Journal**, [s. l.], v. 81, n. 5, p. 284–292, 2020.
- KOIWAI, K. *et al.* Consumption of ultra-processed foods decreases the quality of the overall diet of middle-aged Japanese adults. **Public Health Nutrition**, [s. l.], v. 22, n. 16, p. 2999–3008, 2019.
- MAINARDES, J.; MULLER, E. V.; MARTINS, C. M. Prevalência da obesidade e fatores associados na população brasileira. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. e28312240176, 2023.
- MALTA, D. C. *et al.* Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas, Vigitel 2016-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 23, p. e200058, 2020.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. **Public Health Nutrition**, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 936–941, 2019.
- NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 44, p. 1, 2020.
- PICHÉ, M.-E. *et al.* Overview of Epidemiology and Contribution of Obesity and Body Fat Distribution to Cardiovascular Disease: An Update. **Progress in Cardiovascular Diseases**, [s. l.], v. 61, n. 2, p. 103–113, 2018.
- RAGHUPATHI, V.; RAGHUPATHI, W. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. **Archives of Public Health**, [s. l.], v. 78, n. 1, p. 20, 2020.
- RIAZ, B. K. *et al.* Risk factors for non-communicable diseases in Bangladesh: findings of the population-based cross-sectional national survey 2018. **BMJ Open**, [s. l.], v. 10, n. 11, p. e041334, 2020.

RUDAKOFF, L. C. S. *et al.* Ultra-processed food consumption is associated with increase in fat mass and decrease in lean mass in Brazilian women: A cohort study. **Frontiers in Nutrition**, [s. l.], v. 9, p. 1006018, 2022.

SANTOS, A. T. D. N.; COUTINHO, D. J. G. Análise situacional sobre as doenças crônicas não transmissíveis e fatores de riscos modificáveis associadas à população adulta recifense com base nos dados do Vigitel 2018. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [s. l.], v. 6, n. 12, 2020. Disponível em: <http://periodicorease.pro.br/rease/article/view/340/175>. Acesso em: 7 mar. 2024.

SILVA, L. E. S. D. *et al.* Tendência temporal da prevalência do excesso de peso e obesidade na população adulta brasileira, segundo características sociodemográficas, 2006-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. e2020294, 2021.

STREB, A. R. *et al.* Simultaneidade de comportamentos de risco para a obesidade em adultos das capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 8, p. 2999–3007, 2020.

TREMMELE, M. *et al.* Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 435, 2017.

VIGANÓ, C.; GAZOLLA, M. Perfil socioeconômico dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Município de Pato Branco/PR. **COLÓQUIO - Revista do Desenvolvimento Regional**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 168–186, 2020.

WHO, W. H. O. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/274603>. Acesso em: 7 mar. 2024.

WHO, W. H. O. **Obesity and overweight**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

ZAJACOVA, A.; LAWRENCE, E. M. The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. **Annual Review of Public Health**, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 273–289, 2018.

# A influência de probióticos e simbióticos na modulação da microbiota intestinal de pessoas com sobrepeso e obesidade através de: uma revisão de literatura

## *The influence of probiotics and synbiotics on modulation of the intestinal microbiota of overweight and obesity people through: a literature review*

**Rayná Guimarães Barbosa**

*Discente de Nutrição da Universidade Santa Úrsula*

**Bárbara Luiza Ribeiro Dimitrescu**

*Discente de Nutrição da Universidade Santa Úrsula*

**Luis Eduardo Gomes Braga**

*Docente de Nutrição da Universidade Santa Úrsula*

### RESUMO

A microbiota intestinal é responsável por diversas funções no organismo humano, dentre elas a absorção de nutrientes, produção de vitaminas essenciais e necessárias para um organismo saudável, fundamental para o sistema imunológico. Quando não há um equilíbrio pode ocorrer a disbiose, que está associada a outras patologias como a obesidade, que é uma doença crônica, multifatorial, caracterizada por acúmulo de gordura corporal. Esta revisão busca compreender a função da modulação da microbiota intestinal com probióticos e simbióticos em adultos que são classificados com sobrepeso e obesidade. Com isso, buscamos explorar o papel de prebióticos, probióticos e simbióticos na modulação do trato gastrointestinal (TGI) e seus efeitos nos pacientes descritos acima. Ademais, foi realizada uma busca na base de dados PubMed que inclui estudos originais, duplo cego, randomizados e controlados por placebo realizados em humanos, adultos sobrepeso e obesos, onde 7 artigos atenderam aos critérios de seleção. Os gêneros de bactérias probióticas mais prevalentes





foram o de *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, com espécies variadas, todos os estudos obtiveram um melhor resultado com os grupos de tratamento de simbióticos e probióticos do que os grupos placebo. A suplementação probiótica e simbiótica acarretaram, mudanças significativas principalmente na diminuição das medidas de circunferência da cintura, peso corporal e aumentaram a riqueza de bactérias benéficas. Embora os resultados tenham sido promissores, é necessário a realização de mais estudos com maior tempo de intervenção para avaliar os benefícios a longo prazo e se de fato a modulação auxilia no emagrecimento ou apenas na proliferação das bactérias benéficas.

**Palavras-chave:** obesidade; microbiota intestinal; modulação intestinal.

## INTRODUÇÃO

O Trato Gastrointestinal (TGI) é colonizado pela microbiota, composta por vírus, fungos, arqueobactérias e protozoários<sup>1</sup>. A microbiota pode ser mais abundantemente encontrada no intestino, onde bactérias potencialmente benéficas estabelecem funções essenciais para o hospedeiro, como melhor absorção de macronutrientes e micronutrientes, auxílio na imunidade e combate contra patógenos<sup>2</sup>.

Para manter o TGI saudável e promover qualidade de vida ao paciente, é preciso que haja equilíbrio entre as bactérias colonizadoras<sup>3</sup>. A modulação intestinal é um processo que consiste em alimentar os milhares de microorganismos benéficos presentes no TGI através de alimentos prebióticos ou suplementação de probióticos, trazendo essa proporção desejada<sup>4</sup>.

Segundo a OMS, os probióticos são “microrganismos vivos que, quando ingeridos em quantidades adequadas, conferem um benefício à saúde”. Os probióticos influenciam na microbiota intestinal aumentando a resistência contra patógenos, através de efeitos antagônicos, competição e efeitos imunológicos, além de estimularem a proliferação das bactérias benéficas, reforçando os mecanismos de defesa do hospedeiro.<sup>5</sup>

Os prebióticos são ingredientes alimentares não digeridos no intestino delgado, com isso, ao atingir o intestino grosso estimulam, de maneira seletiva, a proliferação de bactérias benéficas, gerando uma microbiota saudável para o cólon.<sup>6</sup> Além de favorecer a proliferação de probióticos, especialmente dos lactobacilos e das bifidobactérias, estimulando efeitos fisiológicos benéficos para a saúde.<sup>7</sup> A combinação dos probióticos e prebióticos, em um único visando agir em sinergia, é chamada de simbiótico.<sup>8</sup>

Diversas doenças podem estar associadas à disbiose, que é um desequilíbrio na microbiota intestinal entre bactérias benéficas e patogênicas, e este desequilíbrio pode estar associado a outras patologias como a obesidade.

A obesidade é uma doença crônica, que ocorre quando há o acúmulo excessivo de gordura e está associado a riscos para a saúde, causando algumas complicações metabólicas como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer.<sup>9</sup>

Classificada como epidemia, pelo seu aumento mundial, a obesidade é

multifatorial e pode ser resultado de estímulos ambientais, propensão genética, alterações endocrinológicas e interfere diretamente nas condições fisiológicas e anatômicas do ser humano.<sup>10</sup> O aumento mundial da doença também está relacionado ao sedentarismo, maior consumo de alimentos ultraprocessados, marketing, fatores psicológicos, aumento do transporte motorizado, entre outros.<sup>11</sup>

A obesidade e seus graus em adultos é marcada através do valor do IMC (Índice de Massa Corporal) do paciente, calculado a partir do peso e altura do indivíduo, sendo identificada com IMC 30 kg/m<sup>2</sup> ou superior.<sup>12</sup>

Existem algumas suspeitas de que a microbiota intestinal de pessoas com obesidade, apresentam algumas peculiaridades como a indução da inflamação crônica.<sup>13</sup> Não só a obesidade, mas também, suas comorbidades têm sido relacionadas como uma resposta da interação entre a microbiota intestinal e a permeabilidade intestinal.<sup>14</sup> A barreira intestinal é um termo estabelecido pelos gastroenterologistas, imunologistas e microbiologistas, com o intuito de dar ênfase ao componente protetor do intestino que nos protege contra a invasão bacteriana ou invasão de outros microrganismos e suas toxinas.<sup>15</sup> E a permeabilidade intestinal é um termo criado por eletrofisiologistas que estudam a permeabilidade epitelial em câmaras de Ussing usando explantes de tecidos de animais ou humanos para fins de pesquisa.<sup>16</sup>

Além das comorbidades associadas à obesidade, existe a disbiose intestinal, que é uma doença comum nos casos de sobrepeso e obesidade, consiste no desequilíbrio da flora, diminuindo a capacidade de absorção de nutrientes, causando supercrescimento bacteriano, aumento na produção de toxinas, e o aumento na permeabilidade intestinal, ocasionando alterações imunológicas e funcionais.<sup>17</sup> Além de dificultar a perda de peso e maior facilidade para desenvolver intolerâncias, como a lactose ou síndrome do intestino irritável.<sup>18</sup> Esse desequilíbrio da flora intestinal pode ser causado pela má alimentação, fatores psicológicos, estresse, insônia e uso de antibióticos.<sup>19</sup>

O objetivo deste artigo é avaliar como a modulação intestinal através de probióticos e simbióticos, podem influenciar na microbiota intestinal de pessoas com sobrepeso e obesidade.

## METODOLOGIA

### Estratégia de busca

A metodologia utilizada para a busca científica dos artigos presentes nesta revisão de literatura teve como base de dados o *PubMed*. Foram utilizados os seguintes descritores em inglês: “*obesity*” and “*gut microbiota*” and “*prebiotic*” and “*probiotic*” and “*synbiotic*” and “*microbiome*”. As chaves de busca foram combinadas com os descritores acima conectados pelo operador booleano AND. Ficando da seguinte forma.

Busca 1: obesity AND gut microbiota 5

Busca 2: gut microbiota AND obesity AND probiotics

Busca 3: obesity AND microbiome

Busca 4: obesity AND synbiotics

Busca 5: probiotics AND synbiotics

Foram estabelecidos como critérios de seleção, artigos publicados nos últimos 5 anos, sendo assim a partir do ano de 2018, artigos de ensaios clínicos, livros e documentos. A busca foi realizada com base em título e resumo, registrada em documento de planilhas, contendo título, palavras-chave utilizadas, a quantidade de artigos encontrados sem os filtros, e com os filtros de data e tipo de estudo, total de artigos avaliados com elegibilidade e total de artigos excluídos por critérios de exclusão. Para os artigos classificados como elegíveis elaborou - se uma planilha com informações mais detalhadas sobre os mesmos.

A partir das buscas, encontrou - se 10.795 artigos na base de dados Pubmed, destes foram selecionados 285 artigos que foram lidos e avaliados de acordo com os critérios de exclusão. Logo, resultando em 9 artigos classificados como elegíveis para este estudo.

### **Crítérios de exclusão**

Foram excluídos artigos relacionados a crianças e/ou idosos, gestantes, estudos com animais, transplante de microbiota fecal e incompatibilidade com o tema proposto.

### **Extração de dados e risco de viés**

Os seguintes dados foram extraídos de cada estudo classificado como elegível: autor e ano de publicação; título; objetivo do estudo; característica da amostra; duração da intervenção; cepas; posologia; e resultados. Duas revisoras aplicaram os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos, não houveram divergências.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Resultados**

Como relatado anteriormente, inicialmente foram encontrados 10.795 artigos. Após a primeira triagem aplicando-se o filtro de 5 anos chegou-se a 8.059 artigos, em seguida foram classificados os artigos que seriam selecionados ou não, chegou-se a 285 artigos. Destes, excluindo-se as duplicidades encontradas foram submetidos a análise do texto completo. Apenas 7 artigos atenderam os critérios de seleção estabelecidos na metodologia.

Nesta revisão, trata-se de ensaios clínicos, randomizados, duplo cego e controlados por placebo. Sendo 2 estudos somente com o uso de probióticos, 3 estudos com o uso de simbióticos e 2 estudos utilizando probióticos e simbióticos, contudo, em 4 desses estudos o consumo foi via oral em forma de pó e 5 estudos com probióticos via oral por cápsulas. O tempo de intervenção variou de 3 meses a 6 meses, sendo 8 estudos com duração de 3 meses e apenas 1 com duração de 6 meses.

Todos os estudos avaliaram homens e mulheres adultos, classificados como sobrepeso e obesos, em alguns estudos houveram diferenças na recomendação da dieta,

porém 2 estudos recomendaram uma dieta específica, um estudo recomendou uma dieta rica em proteínas e pobre em carboidratos, e o outro recomendou dieta redutora.

**Tabela 1 - Representa o trabalho, autor e ano, assim como o objetivo, resultado e conclusão.**

<b>Autor / ano</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Ora-phruek, <i>et al.</i> 2023 <sup>20</sup>	Efeito de uma suplementação simbiótica multiespécie na composição corporal, status antioxidante e microbiomas intestinais em indivíduos com sobrepeso e obesos: um estudo randomizado, duplo-cego e controlado por placebo.	Avaliar os efeitos de probióticos multiespécies misturados com frutooligosacarídeos na composição corporal, status antioxidante e composição do microbioma intestinal em indivíduos com sobrepeso e obesos.	Os resultados do estudo indicaram que a suplementação com simbióticos resultou em uma redução significativa na circunferência da cintura e no percentual de gordura corporal em comparação com as medidas iniciais. No final do estudo, não foram observadas diferenças significativas no peso corporal, IMC, circunferência da cintura ou porcentagem de gordura corporal entre o grupo simbiótico e o grupo placebo.
Sergeev, <i>et al.</i> 2020 <sup>21</sup>	Efeitos do suplemento simbiótico na microbiota intestinal humana, composição corporal e perda de peso na obesidade	Analisar a relação da ingestão de suplemento simbiótico com a perda de peso e composição corporal em pacientes obesos.	Os resultados demonstram que a dieta pobre em carboidratos, rica em proteínas e com diminuição de energia é eficaz para perda de peso e normalização dos parâmetros metabólicos relacionados à obesidade (glicemia), mas não apoiam a conclusão de que o suplemento simbiótico utilizado no estudo têm um impacto significativo na massa corporal e na composição corporal dos seres humanos que participam deste programa de perda de peso. O simbiótico usado neste estudo modulou a microbiota intestinal humana, aumentando a abundância das espécies microbianas que podem ser consideradas benéficas para o seu hospedeiro e podem ajudar a neutralizar a fermentação microbiana associada a um dieta rica em proteínas.
Mo, <i>et al.</i> 2022 <sup>22</sup>	Efeitos de <i>Lactobacillus curvatus</i> HY7601 e <i>Lactobacillus plantarum</i> KY1032 no excesso de peso e na microbiota intestinal em humanos: ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo	Analisar os efeitos da suplementação de <i>Lactobacillus curvatus</i> HY7601 e <i>Lactobacillus plantarum</i> KY1032 na modulação do microbioma intestinal humano em indivíduos obesos.	Os resultados demonstram que a ingestão de HY7601 e KY1032 pode alterar a composição e a diversidade do microbioma intestinal humano e, assim, ajudar a prevenir a obesidade e a síndrome metabólica associada.

Autor / ano	Título	Objetivo	Resultados
Rahayu, et al. 2021 <sup>23</sup>	Efeito do consumo de pó probiótico <i>Lactobacillus plantarum</i> Dad-13 na microbiota intestinal e na saúde intestinal de adultos com sobrepeso	Analisar o efeito do consumo do pó probiótico indígena <i>Lactobacillus plantarum</i> Dad-13 em adultos com sobrepeso em Yogyakarta (Indonésia).	Os resultados demonstram diminuição significativa no peso corporal e no IMC ( P <0,05) foi determinada no grupo de tratamento. Uma análise de microbiota intestinal mostra que o <i>L. plantarum</i> Dad-13 fez com que a população de Firmicutes diminuísse e a população de Bacteroidetes (especialmente <i>Prevotella</i> ) aumentasse.
Hiberd, et al. 2018 <sup>24</sup>	Probiótico ou simbiótico altera a microbiota intestinal e o metabolismo em um ensaio clínico randomizado de controle de peso em adultos com sobrepeso.	Analisar se o probiótico e simbiótico que, em um estudo anterior, alteraram a microbiota intestinal têm influência em resultados clínicos em adultos obesos.	Os resultados mostraram que o consumo do probiótico B420 com ou sem LU prebiótico resultou em alterações na microbiota intestinal. A modificação da microbiota intestinal para uma composição mais favorável pode contribuir para melhorar a função da barreira intestinal e os marcadores relacionados à obesidade.
Janczy, et al. 2020 <sup>25</sup>	Impacto da dieta e dos simbióticos em bactérias intestinais selecionadas e na permeabilidade intestinal em indivíduos com excesso de peso corporal - Um estudo prospectivo e randomizado.	Determinar se a redução da massa corporal com dieta e simbióticos em um adulto com excesso de massa corporal tem influência na microbiota intestinal..	Os resultados demonstram que a dieta redutora e o uso de simbióticos foram associados a mudanças positivas no número de gêneros de bactérias intestinais selecionados formando a microbiota intestinal, e à melhoria da rigidez da barreira intestinal.
Laué, et al. 2023 <sup>26</sup>	Efeito de um probiótico e um simbiótico na massa gorda corporal, peso corporal e características da síndrome metabólica em indivíduos com excesso de peso abdominal: um estudo clínico humano, duplo-cego, randomizado e controlado.	Comparar resultados de probiótico e simbiótico na composição corporal e síndrome metabólica em indivíduos obesos.	Os resultados do probiótico demonstram melhorias significativas no parâmetro primário, massa gorda corporal, peso corporal; IMC; circunferência da cintura e no grau de esteatose hepática. O simbiótico resultou em melhores resultados no tecido adiposo visceral e no grau de esteatose hepática.

De acordo com a tabela 2 podemos perceber que as cepas mais prevalentes nos estudos foram os gêneros de bactérias probióticas de *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, com espécies variadas. Já os prebióticos mais utilizados foram os Frutooligosacarídeos (FOS) e a inulina e o tempo de duração foi de 3 meses na maioria dos estudos.

**Tabela 2 - Representa as cepas, duração da intervenção e concentração das cepas utilizadas.**

Auto / ano	Cepas	Duração da intervenção	Concentração
Oraphruek, <i>et al.</i> 2023 <sup>20</sup>	Lactobacillus rhamnosus LR3, Lactobacillus gasseri BNR17, Lactobacillus salivarius LS1, Bifidobacterium lactis BL2, Bifidobacterium longum BG3, Bifidobacterium breve BR2, Bifidobacterium infantis BT misturado com frutooligosacarídeos	3 meses	37 × 10 <sup>9</sup> UFC + 2g de frutooligosacarídeos
Sergeev, <i>et al.</i> 2020 <sup>21</sup>	Lactobacillus acidophilus, Bifidobacterium lactis, Bifidobacterium longum e Bifidobacterium bifidum com galacto-oligosacarídeo (GOS).	3 meses	15 × 10 <sup>9</sup> UFC + 2,75g de GOS
Mo, <i>et al.</i> 2022 <sup>22</sup>	Lactobacillus curvatus HY7601 e Lactobacillus plantarum KY1032	3 meses	5 x 10 <sup>9</sup> UFC cada
Rahayu, <i>et al.</i> 2021 <sup>23</sup>	Pó probiótico indígena Lactobacillus plantarum Dad-13	3 meses	2 × 10 <sup>9</sup> UFC/grama/sachê
Hiberd, <i>et al.</i> 2018 <sup>24</sup>	Bifidobacterium animalissubsp. lactis420™ (B420); Simbiótico: LU prebiótico + Bifidobacterium animalissubsp. lactis420™ (B420)	6 meses	Randomizados em quatro grupos: (1) placebo, 12 g/dia de celulose microcristalina; (2) 12 g de LU prebiótico; (3) Bifidobacterium animalissubsp. lactis420™ (B420) 1.010UFC/dia; (4) 1.010UFC/dia de B420 + 12 g/dia LU
Jancy, <i>et al.</i> 2020 <sup>25</sup>	Bifidobacterium lactis, Bifidobacterium lactis, Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus paracasei, Lactobacillus plantarum, Lactobacillus salivarius, Lactococcus lactis, Frutooligosacarídeos (FOS) e Inulina	3 meses	em UFC, respectivamente: ≥2,8*10 <sup>8</sup> , ≥1,2*10 <sup>8</sup> , ≥0,9*10 <sup>8</sup> , ≥1,1*10 <sup>8</sup> , ≥0,9*10 <sup>8</sup> , ≥1,1*10 <sup>8</sup> + 9,6mg de FOS e 110,4g de Inulina.
Laué, <i>et al.</i> 2023 <sup>26</sup>	Grupo 1: L. fermentum K7-Lb1, K8-Lb1 e K11-Lb3; Grupo 2: Lactobacillus fermentum K7-Lb1, L. fermentum K8-Lb1 e L. fermentum K11-Lb3 e goma acácia.	3 meses	Randomizado em dois grupos: (1) 5 × 10 <sup>9</sup> UFC ; (2) 5 × 10 <sup>9</sup> UFC + 10g de goma acácia

## DISCUSSÃO

Vários estudos destacaram a relação dos probióticos e simbióticos com a microbiota intestinal, mostrando que podem ser utilizados como um método de colonização bactérias benéficas ao hospedeiro, dessa forma auxiliando na melhora de marcadores inflamatórios da obesidade. Os estudos variaram de 3 a 4 espécies em média, do mesmo gênero, porém houveram dois estudos onde só utilizaram 1 probiótico. Todos tiveram dosagens variadas, tal como diferentes formas de administração dos suplementos, sendo cápsulas ou em sachê.

O estudo realizado por Sergeev. *et al.* (2020)<sup>21</sup> avaliou homens e mulheres adultos, com IMC médio de 33,5 Kg/m<sup>2</sup> e idade média de 44 anos, divididos em grupo placebo e grupo simbiótico de forma aleatória, ambos seguindo um padrão alimentar pobre em carboidratos e rico em proteínas. Para grupo simbiótico além da orientação da dieta, foi adicionado diariamente os simbióticos compostos *Lactobacillus acidophilus* DDS-1, *Bifidobacterium lactis* UABla-12, *Bifidobacterium longum* UABI-14, e *Bifidobacterium*

*bifidum* UABb-10 e galacto-oligosacarídeo (GOS) por 3 meses. Enquanto o grupo controle suplementou placebo com a mesma aparência durante o mesmo período. Este estudo investigou a relação da ingestão de suplemento simbiótico na microbiota intestinal humana, na composição corporal e perda de peso em pacientes com sobrepeso e obesidade. Os resultados confirmaram que a proposta da dieta para o grupo controle e o grupo tratamento foi eficaz para a perda de peso em adultos com obesidade, nos dois grupos, foi visto que no grupo que foi realizado o tratamento com os simbióticos, resultaram em alterações microbianas que é grandemente associada a benefícios para a saúde do hospedeiro, no entanto não se pode confirmar que influenciou na perda de peso, tendo em vista que houve perda de peso nos dois grupos.

Outro estudo realizado com simbióticos conduzido por Oraphruek<sup>20</sup>, também separados em grupos placebos e simbióticos totalizando 63 indivíduos, sendo 31 do grupo placebo e 32 do grupo simbióticos, com IMC entre 23 e 30,0 Kg/m<sup>2</sup>, o produto experimental e o placebo foram lacrados em sachês idênticos em aparência, ambos os grupos mantiveram a dieta habitual foram instruídos a consumir o sachê todos os dias antes de dormir. Os simbióticos utilizados no grupo simbiótico foram *Lactobacillus rhamnosus* LR3, *Lactobacillus gasserii* BNR17, *Lactobacillus salivarius* LS1, *Bifidobacterium lactis* BL2, *Bifidobacterium longum* BG3, *Bifidobacterium breve* BR2, *Bifidobacterium infantis* BT misturado com frutooligosacarídeos. Os resultados demonstraram que houve uma diminuição significativa de 2,57% na circunferência da cintura em comparação às medidas iniciais e no grupo placebo ocorreu um aumento 0,92%. O grupo simbiótico teve uma diminuição de 4,21% no percentual de gordura corporal, no grupo placebo não houve mudança significativa. O que sugere que os simbióticos podem ter influenciado o microbioma intestinal dos participantes, pois a modulação da microbiota intestinal pode aumentar o gasto energético e reduzir o armazenamento de gordura em indivíduos com sobrepeso e obesidade dessa forma, pode ter levado a redução da circunferência da cintura e no percentual de gordura corporal, dos participantes do grupo tratamento.

Janczy<sup>25</sup> realizou um estudo por 3 meses em 56 indivíduos, com IMC acima de 25 Kg/m<sup>2</sup>, com finalidade de determinar se a redução da massa corporal com dieta e uso de simbióticos em adultos com excesso de massa corporal, tem influência na microbiota intestinal. No grupo placebo foram 20 indivíduos e no grupo simbiótico 36, ambos participaram de uma dieta redutora. Para o grupo simbiótico as cepas utilizadas foram *Bifidobacterium lactis*, *Bifidobacterium lactis*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus paracasei*, *Lactobacillus plantarum*, *Lactobacillus salivarius*, *Lactococcus lactis*, Frutooligosacarídeos (FOS) e inulina. Após o tratamento, houve aumento na diversidade dos gêneros bacterianos no grupo simbiótico, além de melhorar a rigidez da barreira intestinal, gerando assim um efeito protetor positivo e a dieta redutora houve ligeiro aumento de bacteroides spp em ambos os grupos. A redução da massa corporal foi de 5,7 Kg em 3 meses nos dois grupos. Podemos perceber que o uso de simbióticos influencia na formação da microbiota intestinal auxiliando numa mudança de padrão dos indivíduos, entretanto não houve uma mudança da massa corporal entre os grupos, podendo assim aumentar o tempo de uso dos simbióticos, para observar uma mudança significativa na redução do peso.

Laué e colaboradores (2023)<sup>26</sup> realizaram uma intervenção por 3 meses com 180 adultos, randomizado em 3 grupos (divididos igualmente com 60 indivíduos cada), sendo

o grupo 1: o grupo controle; o grupo 2: o tratamento de probiótico *L. fermentum* K7-Lb1, K8-Lb1 e K11-Lb3, e o grupo 3: o tratamento de simbióticos *Lactobacillus fermentum* K7-Lb1, *L. fermentum* K8-Lb1 e *L. fermentum* K11-Lb3 e goma acácia. Todos os indivíduos foram orientados a consumir os sachês 2 vezes ao dia (manhã e noite) e a seguir sua rotina habitual. O grupo probiótico resultou em melhorias significativas na massa gorda corporal, na circunferência da cintura e tecido adiposo visceral. Já no grupo simbiótico, somente o melhorias no tecido adiposo visceral, e houve melhora no trânsito intestinal, além disso, foi observado uma menor contagem de lactobacillus viáveis no produto de teste simbiótico do que no produto de teste probiótico, que pode ter sido ocasionada pela umidade excessiva na preparação do teste a partir da goma acácia. Devido a isso, pode - se explicar também o efeito reduzido no grupo simbiótico em comparação ao grupo probiótico.

Num outro estudo clínico randomizado duplo cego e controlado por placebo realizado por Hiberd<sup>24</sup>, investigou-se que as alterações da microbiota intestinal estão associadas ao controle da massa de gordura corporal em indivíduos saudáveis com sobrepeso ou obesidade. Para isso, avaliaram 134 pessoas, dividido em 4 grupos, sendo 36 pessoas do grupo placebo, 36 pessoas no grupo LU prebiótico, o grupo probiótico *bifidobacterium animalissubsp.lactis420*<sup>TM</sup> (B420) foram 25 pessoas e o último grupo sendo simbiótico, LU + B420 com 37 pessoas. Foi possível observar que a microbiota intestinal foi modificada em todos os grupos de intervenção, quando comparados ao grupo placebo, entretanto, o LU prebiótico teve maior impacto em algumas populações da microbiota em comparação com o B420. Notou-se também, que o simbiótico controla a massa gorda, e o probiótico B420 influência na melhoria da função da barreira intestinal. Porém, apesar da microbiota ter sido modificada, permanece um questionamento se o B420 e LU alteraram diretamente a microbiota, ou se o efeito em conjunto, foi primordial para a melhoria do indivíduo.

Mo<sup>22</sup>, realizou um estudo com objetivo de explorar como *Lactobacillus curvatus* HY7601 e *Lactobacillus plantarum* KY1032 podem minimizar o quadro de obesidade através da modulação do microbioma intestinal humano. Este estudo teve duração de 3 meses com 59 indivíduos obesos, todos foram instruídos a manter a atividade física e a alimentação habitual durante o período do estudo e a ingerir 1 cápsula, 1 vez ao dia, após o café da manhã, as cápsulas de placebo tinham aparência e sabor idênticos as cápsulas probióticas. Após os 3 meses o grupo probiótico, demonstrou mudança no peso corporal, IMC e diminuição da circunferência da cintura em relação aos valores basais, enquanto houve um aumento desses valores no grupo placebo quando comparados aos valores iniciais. Entre os dois grupos houve uma alteração estatisticamente significativa nas medidas de peso corporal, IMC, circunferência da cintura, massa corporal magra e área de gordura visceral. Os resultados mostraram que após a intervenção, houve um enriquecimento significativo nos gêneros *Bifidobacterium* e *Akkermansia* no grupo probióticos, enquanto os gêneros enriquecidos no grupo placebo foram *Collinsella* e *Senegalimassilia*. Outro aumento significativo no grupo probiótico foi ao nível da espécie, *B. adolescentis*, *B. Longum*, *B. longum* e *A. muciniphila*, em comparação ao grupo placebo. Alguns estudos recentes indicam que a obesidade induz a disbiose da microbiota intestinal, diminuindo a presença de *Bifidobacterium*. Ou seja, pode existir uma ligação entre a administração de HY7601 e KY1032 e perda de massa gorda visceral. Dessa forma, a eficácia da administração HY7601 e KY1032 pode servir como um marcador através destas alterações bacterianas, sejam positivas ou não.



Rahayu<sup>23</sup> realizou um estudo randomizado, duplo cego controlado por placebo, onde os indivíduos receberam um sachê de leite em pó desnatado com probiótico indígena de *Lactobacillus plantarum* Dad-13 e o grupo placebo recebeu apenas o sachê com o leite em pó desnatado consumido após o almoço, seguiram com as dietas normais e todos os dias preenchem um diário com perguntas sobre a ingestão alimentar, número de evacuações e qualquer desconforto. Foram selecionados 60 indivíduos, sendo 30 para cada grupo do estudo, placebo e probióticos. Investigaram o efeito do pó probiótico em adultos com sobrepeso e obesidade. No final da intervenção não foram encontradas diferenças significativas no perfil lipídico de colesterol e triglicerídeos, no entanto, houve uma diminuição significativa no peso corporal e IMC no grupo probiótico, esta perda de peso foi particularmente observada nas mulheres. Além disso, uma análise feita da microbiota intestinal, mostrou que o *L. plantarum* Dad-13 diminuiu *firmicutes* e aumentou *bacteroides*, especialmente *prevotella*.

Podemos discutir que a utilização de probióticos e simbióticos como moduladores de microbiota intestinal apresentam diversos benefícios, principalmente um aumento na produção de *bacteroides* e *bifidobacterium*, ambos benéficos para a saúde, nutrição e bem-estar dos indivíduos.

De forma geral, todos os estudos obtiveram um melhor resultado com os grupos de tratamento de simbióticos e probióticos do que os grupos placebo. Reduzindo a população de patógenos oportunistas, a permeabilidade intestinal. Além disso, os estudos mostraram também que a dieta associada aos probióticos e simbióticos, pode ter influenciado na diversidade e riqueza da microbiota e na redução da obesidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do entendimento da modulação do microbioma intestinal, os artigos mostraram que o uso de suplementação probiótica e simbiótica acarretaram, em sua maioria, mudanças significativas principalmente na diminuição das medidas de circunferência da cintura, peso corporal e aumentaram a riqueza de bactérias benéficas. Essas mudanças podem ser um passo inicial para prevenir a adiposidade excessiva e contribuir para a regulação do peso corporal. Devido a diversidade dos estudos, como as doses, formas de administração, as cepas e as recomendações para os indivíduos, fazem com que os resultados sejam controversos e dificultam a criação de um protocolo para o tratamento da obesidade.

Acreditamos que é necessário maior tempo de intervenção com probióticos e simbióticos, associados a adoção de hábitos alimentares saudáveis e inclusão de atividades físicas na rotina desses indivíduos, pode-se chegar a uma estratégia promissora para o tratamento da obesidade.

## REFERÊNCIAS

1. GUARNER, Francisco; MALAGELADA, Juan-R. Gut flora in health and disease. **The lancet**, v. 361, n. 9356, p. 512-519, 2003.

2. MORAES, Ana Carolina Franco de *et al.* Microbiota intestinal e risco cardiometabólico: mecanismos e modulação dietética. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 58, p. 317-327, 2014.
3. SAAD, Susana Marta Isay. Probióticos e prebióticos: o estado da arte. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, p. 1-16, 2006.
4. ROBERFROID, Marcel. Functional food concept and its application to prebiotics. **Digestive and Liver Disease**, v. 34, p. S105-S110, 2002.
5. PUUPPONEN-PIMIÄ, R. A. M. A. *et al.* Development of functional ingredients for gut health. **Trends in Food Science & Technology**, v. 13, n. 1, p. 3-11, 2002.
6. GIBSON, Glenn R.; ROBERFROID, Marcel B. Dietary modulation of the human colonic microbiota: introducing the concept of prebiotics. **The Journal of nutrition**, v. 125, n. 6, p. 1401-1412, 1995.
7. CARDARELLI, Haíssa Roberta. **Desenvolvimento de queijo petit-suisse simbiótico**. Tese (Doutorado em Farmácia) — Programa de Pós-graduação em Tecnologia Bioquímico-Farmacêutica da Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 128.2006.
8. KEARNEY, Sean M.; GIBBONS, Sean M. Designing synbiotics for improved human health. **Microbial Biotechnology**, v. 11, n. 1, p. 141, 2018.
9. MONTEIRO, Rita de Cássia de Assunção; RIETHER, Priscila Trapp Abbes; BURINI, Roberto Carlos. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. **Revista de Nutrição**, v. 17, p. 479-489, 2004.
10. CONWAY, B.; RENE, A. Obesity as a disease: no lightweight matter. **Obesity reviews**, v. 5, n. 3, p. 145-151, 2004.
11. BARBIERI, Aline Fabiane; MELLO, Rosângela Aparecida. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. **Conexões**, v. 10, n. 1, p. 121-141, 2012.
12. APOVIAN, Caroline M. **Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden**. v. 22, n.7, 2016.
13. CANI, Patrice D.; DELZENNE, Nathalie M. Gut microflora as a target for energy and metabolic homeostasis. **Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care**, v. 10, n. 6, p. 729-734, 2007.
14. OLIVEIRA, Alynne Moniellen; HAMMES, Thais Ortiz. Microbiota e barreira intestinal: implicações para obesidade. **Clinical and biomedical research. Porto Alegre. Vol. 36, n. 4,(2016), p. 222-229**, 2016.
15. BISCHOFF, Stephan C. *et al.* Intestinal permeability—a new target for disease prevention and therapy. **BMC gastroenterology**, v. 14, p. 1-25, 2014.
16. CLARKE, Lane L. A guide to Ussing chamber studies of mouse intestine. **American journal of physiology-gastrointestinal and liver physiology**, v. 296, n. 6, p. G1151-G1166, 2009.

17. ALMEIDA, Luciana Barros *et al.* Disbiose intestinal. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 24, n. 1, p. 58-65, 2009.
18. DE SOUZA, Cecília Santa Cruz *et al.* A importância da microbiota intestinal e seus efeitos na obesidade. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e52110616086-e52110616086, 2021.
19. MYERS, Stephen P.; HAWRELAK, J. The causes of intestinal dysbiosis: a review. **Altern Med Rev**, v. 9, n. 2, p. 180-197, 2004.
20. ORAPHRUEK, Piyarat *et al.* Effect of a Multispecies Synbiotic Supplementation on Body Composition, Antioxidant Status, and Gut Microbiomes in Overweight and Obese Subjects: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. **Nutrients**, v. 15, n. 8, p. 1863, 2023.
21. SERGEEV, Igor N. *et al.* Effects of synbiotic supplement on human gut microbiota, body composition and weight loss in obesity. **Nutrients**, v. 12, n. 1, p. 222, 2020.
22. MO, Sung-Joon *et al.* Effects of *Lactobacillus curvatus* HY7601 and *Lactobacillus plantarum* KY1032 on overweight and the gut microbiota in humans: Randomized, double-blinded, placebo-controlled clinical trial. **Nutrients**, v. 14, n. 12, p. 2484, 2022.
23. RAHAYU, Endang Sutriswati *et al.* Effect of probiotic *Lactobacillus plantarum* Dad-13 powder consumption on the gut microbiota and intestinal health of overweight adults. **World journal of gastroenterology**, v. 27, n. 1, p. 107, 2021.
24. HIBBERD, A. A. *et al.* Probiotic or synbiotic alters the gut microbiota and metabolism in a randomised controlled trial of weight management in overweight adults. **Beneficial Microbes**, v. 10, n. 2, p. 121-135, 2019.
25. JANCZY, Agata *et al.* Impact of diet and synbiotics on selected gut bacteria and intestinal permeability in individuals with excess body weight—a prospective, randomized study. **Acta Biochimica Polonica**, v. 67, n. 4, p. 571-578, 2020.
26. LAUE, Christiane *et al.* Effect of a Probiotic and a Synbiotic on Body Fat Mass, Body Weight and Traits of Metabolic Syndrome in Individuals with Abdominal Overweight: A Human, Double-Blind, Randomised, Controlled Clinical Study. **Nutrients**, v. 15, n. 13, p. 3039, 2023.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaríamos de agradecer a Deus que nos permitiu alcançar nossos objetivos. Ao professor Luís Eduardo Gomes, por todo ensinamento, incentivo e paciência com a dupla para um bom desenvolvimento de trabalho. Também gostaríamos de agradecer aos familiares e amigos, inclusive aos que fizemos ao longo do curso, pelo apoio e carinho que tiveram conosco neste período de muito estudo. E a instituição Universidade Santa Úrsula, que nos capacitou com êxito para que pudéssemos concluir a graduação.

# Alimentação pré-treino: importância do acompanhamento nutricional

**Daiane Cristina dos Santos Ramos**

*Aluna de Graduação em Nutrição do Centro Universitário Ingá*

**Flavia Teixeira**

*Professora do Curso de Graduação em Nutrição*

## RESUMO

A prática de atividade física tem se tornado cada vez mais comum, onde as pessoas buscam além de uma melhor qualidade de vida, objetivam melhoras estéticas, embora para isso não baste apenas a atividade física, mas também a adoção de outros hábitos, tais como uma dieta balanceada. A alimentação realizada antes e após o treino é de fundamental importância para o plano alimentar, proporcionando ao paciente um melhor rendimento assim como uma boa recuperação muscular reduzindo o risco de possíveis lesões. A dieta pré-treino possui o intuito de fornecer aporte energético para a execução do exercício e a pós-treino auxilia na reposição energética favorecendo o processo de recuperação muscular, de maneira equilibrada. Independente do objetivo do treinamento seja puramente estético ou de alto rendimento, há a necessidade de se executar uma alimentação adequada e talvez a utilização de algum tipo de suplementação com o auxílio de acompanhamento profissional. Diante deste cenário, este estudo através de uma Revisão de Literatura, visa explicar sobre a importância do acompanhamento nutricional para viabilizar uma melhor estratégia de alimentação pré e pós-treino visando uma melhor performance e recuperação de praticantes de atividade física. A prescrição de dietas assim como a utilização de suplementos alimentares é atribuição do nutricionista, pois o mesmo detém os conhecimentos necessários para ter em consideração a individualidade de cada paciente, assim como o seu gasto energético diário, suas intolerâncias alimentares além de ter em conta os objetivos de cada paciente, para que o mesmo não tenha deficiências nutricionais durante o processo.

**Palavras-chave:** treinamento; nutrição; dieta; desempenho.

## ABSTRACT

The practice of physical activity has become increasingly common, where people seek, in addition to a better quality of life, to improve aesthetics, although physical activity is not enough for this, but also the adoption of other habits, such as a Balanced diet. The food taken before and after training is of fundamental importance for the food plan, providing the patient with a better performance as well as a good muscle recovery, reducing the



risk of possible injuries. The pre-workout diet is intended to provide energy input for the execution of the exercise and the post-workout diet assists in energy replacement, favoring the muscle recovery process in a balanced way. Regardless of whether the training objective is purely aesthetic or high-performance, there is a need to carry out an adequate diet and perhaps the use of some type of supplementation with the help of professional monitoring. Given this scenario, this study, through a Literature Review, aims to explain the importance of nutritional monitoring to enable a better pre- and post-workout nutrition strategy aimed at better performance and recovery of physical activity practitioners. The prescription of diets as well as the use of food supplements is the responsibility of the nutritionist, as he or she has the necessary knowledge to take into account the individuality of each patient, as well as their daily energy expenditure, their food intolerances, in addition to taking into account the objectives of each patient, so that they do not have nutritional deficiencies during the process.

**Keywords:** training; nutrition; diet; performance.

## INTRODUÇÃO

Existe uma relação direta entre o aporte nutricional fornecido ao organismo e sua capacidade de executar qualquer atividade, por isso, qualquer praticante de atividade física necessita de uma dieta equilibrada com todos os nutrientes necessários (carboidratos, gorduras, proteínas, sais minerais e vitaminas). A alimentação realizada antes e após o treino é de fundamental importância para o plano alimentar, proporcionando ao paciente um melhor rendimento assim como uma boa recuperação muscular reduzindo o risco de possíveis lesões. A dieta pré-treino possui o intuito de fornecer aporte energético para a execução do exercício e a pós-treino auxilia na reposição energética favorecendo o processo de recuperação muscular, de maneira equilibrada (Fox *et al.*, 2000).

Independente do objetivo do treinamento seja puramente estético ou de alto rendimento, há a necessidade de se executar uma alimentação adequada e talvez a utilização de algum tipo de suplementação com o auxílio de acompanhamento profissional. Nos últimos anos houve uma elevação na busca por suplementos alimentares além da adoção de dietas mais equilibradas visando uma otimização no desempenho corporal mediante à prática de atividade física, visto que uma alimentação equilibrada é essencial para uma melhor performance física (Gonçalves; Rocha, 2019).

A suplementação alimentar se caracteriza por substâncias que possuem o objetivo de complementar qualquer deficiência dietética e proporcionar um melhor desempenho físico, porém seu uso indiscriminado, e sem acompanhamento profissional tem se tornado uma preocupação podendo vir a causar diversos problemas de saúde em quem os utiliza de maneira inadequada (Maughan; Burke, 2002). Vários tipos de suplementos são comercializados com falsas promessas de elevar a energia e performance atlética além de viabilizar um processo de recuperação muscular mais rápido aos que praticam atividade física, acarretando diversos prejuízos a indivíduos que fazem uso dos mesmos sem acompanhamento profissional adequado (Pereira *et al.*, 2003).

Diante deste cenário, este estudo através de uma Revisão de Literatura, visa

explicar sobre a importância do acompanhamento nutricional para viabilizar uma melhor estratégia de alimentação pré e pós-treino visando uma melhor performance e recuperação de praticantes de atividade física.

## A IMPORTÂNCIA DO NUTRICIONISTA PARA A ELABORAÇÃO DE REFEIÇÕES PRÉ E PÓS-TREINO

Para os praticantes não só de treinamento de força como de todas as outras categorias desportivas é de fundamental importância uma nutrição adequada, pois a associação entre exercícios e alimentação é necessária para que os objetivos de cada atleta seja alcançado, onde os mesmos podem variar entre emagrecimento ou ganho de massa muscular (Aragão; Ferreira, 2022). Diversas categorias de suplementos podem ser utilizadas por atletas, de acordo com seu objetivo, produção de energia no músculo, melhora da fadiga, redução lipídica, dentre outros (Silva; Junior, 2021).

O gasto calórico de qualquer atleta deve ser diferenciado dos demais indivíduos, pois apresentam uma necessidade energética e de nutrientes que podem variar de acordo com a atividade física desempenhada. A alimentação é parte fundamental para o ganho de massa muscular e ou emagrecimento, de acordo com diversos especialistas, chegando a possuir 60% de influência em todo o processo. A ausência de conhecimento por parte de muitas pessoas relativa à uma alimentação balanceada faz com que os mesmos cometam diversos equívocos que podem vir a comprometer seu desempenho esportivo e sua qualidade de vida (Hernandez *et al.*, 2009).

A ingestão exacerbada de proteínas entre os praticantes de musculação é fortemente defendida pelos mesmos embora estudos recentes comprovem que a quantidade de proteínas necessárias para um processo de hipertrofia adequado pode ser alcançada por uma alimentação balanceada, sem que haja a necessidade de ingestão de suplementos alimentares. A utilização de tais compostos de proteínas e aminoácidos sintéticos para aumentar o valor biológico dos mesmos ou até mesmo com o intuito de substituí-los em dietas convencionais tornou-se hábito comum entre atletas e amadores (Mahan; Escott-Stump, 2005).

A prática de atividade física pode ser definida como qualquer movimento do corpo que exija um maior esforço e gasto energético do que o necessário para o mesmo em estado de repouso, enquanto que o exercício físico é realizado de forma mais específica a fim de obter melhoras da saúde e qualidade de vida. Os dois acarretam gasto energético com a diferença que o exercício físico também promove a melhoria do condicionamento físico (Brushman, 2017).

Ainda segundo Brushman (2017) o conceito de atividade física corresponde à contração muscular esquelética que acarreta o consumo de energia além de estimular inúmeras funções orgânicas, onde a contração muscular realiza movimento, quando os músculos são ativados de maneira simultânea no mesmo sentido e não realizam movimento quando são ativados em sentidos opostos, atividade bastante comum no dia a dia, durante o trabalho e também nos esportes.

Diante de uma maior procura pela prática de atividades físicas com objetivo estético existe também uma elevação de informações equivocadas sobre dietas que não proporcionam benefícios para práticas desportivas. Uma alimentação inadequada pode vir a provocar danos à saúde além de prejudicar o desempenho dos praticantes de atividade física. A propagação de informações incorretas por meio da internet também se torna um fator que colabora para condutas inadequadas (pereira; Cabral, 2011).

Uma dieta bem elaborada de acordo com as necessidades físicas do paciente pode fornecer todos os nutrientes necessários não só para uma prática esportiva aceitável mais sim objetivando a maximização de todos os benefícios que a mesma proporciona sem que haja a necessidade da utilização de suplementação alimentar sintética, que só deve ser utilizada em casos especiais e com supervisão profissional, realizada através de avaliações antropométricas e exames periódicos (Hallak *et al.*, 2007).

A alimentação feita antes da prática e atividade física, a alimentação pré-treino, possui diversas funções dentre as mais importantes podem ser citadas: auxílio na absorção de alguns sucos gástricos e servir de aporte energético muscular (sendo os carboidratos complexos os macronutrientes mais fundamentais dessa refeição) (Clark, 2002). O consumo de alimentos com baixo índice glicêmico (IG) tem sido associado à uma melhor performance de praticantes de atividade física além de elevar a glicemia de maneira mais lenta e prolongada favorecendo a manutenção dos índices glicêmicos durante o treino (Cocate *et al.*, 2008).

O desempenho do atleta perante a prática de atividade física está diretamente relacionado com a qualidade da alimentação ingerida pelo mesmo, pois alimentos com baixa qualidade nutricional ou uma dieta inadequada podem proporcionar prejuízos à saúde além de prejudicar a performance do indivíduo (Farrah *et al.*, 2016).

A refeição pré-treino deve ser composta por carboidratos devido aos seus substratos energéticos que por sua vez auxiliam no processo de contração muscular elevando as reservas de glicose dessa maneira evitando a hipoglicemia e fome durante a prática do exercício. Vários fatores devem ser levados em consideração, tais como: tipo de exercício, intensidade, duração, horários, hábitos alimentares pessoais, além da escolha de alimentos que o paciente possua tolerância gástrica (Almeida; Balmant, 2017).

A ingestão de proteínas, lipídeos e fibras necessitam de um tempo maior para serem digeridas sendo esse tipo de compostos recomendados para uma refeição pré-treino apenas se houver um tempo considerável para digestão, cerca de 3 horas, dessa maneira evitando o desconforto gástrico durante a prática de atividade física (Scheer *et al.*, 2015).

A refeição ideal para após o treino deve proporcionar aos músculos uma grande reposição de glicogênio durante as primeiras 24 horas de recuperação, portanto este aporte alimentar deve conter alimentos com alto índice glicêmico. O consumo de carboidratos, deve fazer parte da dieta de qualquer indivíduo, realizando ou não atividade física, pois o mesmo fornece energia durante e após o exercício (Moreira; Rodrigues, 2014). Esta refeição ainda deve incluir proteínas de alto valor biológico com o objetivo de melhorar a recuperação muscular além de repor as reservas de glicose nos músculos e no fígado (Almeida; Balmant, 2017).

A função de uma dieta voltada para atletas é de reduzir os efeitos indesejados provocados pelo desgaste muscular ocasionado pela atividade física, além de suprir às necessidades nutricionais, devendo esta ser adaptada a cada indivíduo, levando em consideração o tipo de treino, duração e intensidade (Viana, 2017).

Uma alimentação balanceada para atletas, especialmente as refeições realizadas antes e depois do treino são de fundamental importância para a manutenção do estado nutricional auxiliando na reposição dos estoques de glicogênio e reparação tecidual além de promover a perda de peso corporal para aquelas dietas com déficit calórico (Abreu *et al.*, 2017). De acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte a ingestão de carboidratos deve ocorrer antes da prática de atividade física (SBME, 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do aumento da procura por um estilo de vida mais saudável além de um padrão corporal, muitas pessoas tem buscado na prática de atividades físicas um meio de conseguir efeitos esperados, mas somente isso não se mostra suficiente para alcançar tais objetivos, sendo por muitas vezes necessária a adoção de outras medidas, seja através de uma dieta mais balanceada ou a utilização de suplementos alimentares.

A prescrição de dietas assim como a utilização de suplementos alimentares é atribuição do nutricionista, pois o mesmo detém os conhecimentos necessários para ter em consideração a individualidade de cada paciente, assim como o seu gasto energético diário, suas intolerâncias alimentares além de ter em conta os objetivos de cada paciente, para que o mesmo não tenha deficiências nutricionais durante o processo.

Na maioria das vezes os praticantes de atividade física recorrem à internet, à instrutores de academia ou até mesmo à outros alunos em busca de informações sobre que tipo de dieta seguir, que tipo de suplemento tomar, além de outras informações, muitas vezes equivocadas e que podem acarretar danos à saúde. Dessa maneira existe a necessidade de uma maior conscientização sobre a importância dos nutricionistas a fim de evitar prejuízos maiores à saúde dos praticantes de atividade física, proporcionando aos mesmos melhores resultados e uma boa qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, E. S. *et al.* **Hábitos nutricionais pré-treino de praticantes de ginástica do projeto de extensão Proginc-Uec.** Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo, v.11, n.62, p.118-125, 2017.
- ALMEIDA, C. M.; BALMANT, B. D. **Avaliação do hábito alimentar pré e pós-treino e uso de suplementos em praticantes de musculação de uma academia no interior do estado de São Paulo.** Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo, v.11, n.62, p.104-117, 2017.
- ARAGÃO, G. de C.; FERREIRA, J. C. de S. **Benefícios da creatina como suplemento nutricional.** Research, Society and Development. v.11, n.5, p.12511527827, 2022.



- BRUSHMAN, B. **Manual completo de condicionamento físico e saúde do ACSM**. 1º ed. Editora Phorte, 2017.
- CLARK, N. **Guia de nutrição desportiva**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- COCATE, P. G. *et al.* **Índice glicêmico: resposta metabólica e fisiológica antes, durante e após o exercício físico**. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte. Minas Gerais, v.7, n.2, p.109-117, fev. 2008.
- FARRAH, B. C. *et al.* **Avaliação da alimentação pré, durante e pós-treino de jovens nadadores**. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo, v.10, n.57, p.319-326, 2016.
- FOX, P. F. **Fundamentals of cheese science**. Gaithersburg Maryland: Aspen Publishers, 2000.
- GONÇALVES, W. B.; ROCHA, J. Benefícios da musculação, alimentação e suplementação para ganho muscular em jovem de 22 anos. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**. v.8, n.2, 2019.
- HALLAK, A. *et al.* **Avaliação do consumo de suplementos nutricionais em academias da zona sul de Belo Horizonte, MG, Brasil**. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo, v.1, n.2, p.55-60, mar/abr. 2007.
- HERNANDEZ, A. J. *et al.* **Modificações dietéticas, reposição hídrica, suplementos alimentares e drogas: comprovação de ação ergogênica e potenciais riscos para a saúde**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. n.15, 2009.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 1º ed. São Paulo: Roca, 2005.
- MAUGHAN, R.; BURKE, L. M. **Nutrição esportiva**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- MOREIRA, F. P.; RODRIGUES, K. L. **Conhecimento nutricional e suplementação alimentar por praticantes de exercícios físicos**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. v.20, n.5, p.370-373, mar. 2014.
- PEREIRA, R. F. *et al.* **Consumo de suplementos por alunos de Academias de Ginástica em São Paulo**. Revista de Nutrição em Pauta. Campinas, v.16, n.3, p.265-272, jul/set. 2003.
- PEREIRA, J. M. O. P.; CABRAL, P. Avaliação dos conhecimentos básicos sobre nutrição de praticantes de musculação em uma academia da cidade de Recife. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo, 2007.
- SCHEER, B. B. *et al.* **Avaliação da alimentação pré-treino e da ingestão de líquidos em adultos praticantes de atividade física**. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo, v.9, n.50, p.67-73, 2015.
- SILVA, A. M. da; JUNIOR, O. M. R. **Benefícios no uso do suplemento creatina na hipertrofia e força**. Research, Society and Development. v.10, n.16. p.e136101623886, 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO ESPORTE (SBME). Diretrizes. **Modificações dietéticas, reposição hídrica, suplementos alimentares e drogas: comprovação de ação ergogênica e potenciais riscos para a saúde**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. v.15, n.3, p.3-12, 2009.
- VIANA, M. F. **Avaliação do conhecimento de praticantes de musculação quanto à relação de exercício físico e alimentação**. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo, v.11, n.62, p.232-248, 2017.

## O tratamento da depressão na perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental: uma revisão bibliográfica.

Wanderson Costa de Souza

Cristiane Neves Figueira Costa de Souza

Thalita Mázala de Oliveira

Luís Eduardo Gomes Braga

### RESUMO

O presente trabalho “O tratamento da depressão na perspectiva da terapia cognitivo-comportamental: uma revisão bibliográfica” aborda a questão da depressão em seu aspecto biopsicossocial, e como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se desenvolveu enquanto prática científica, criando ferramentas e protocolos de tratamento para uma intervenção direta e eficaz. A motivação para tal trabalho se deu a partir das discussões em sala de aula e da prática do estágio supervisionado, entendendo ser o manejo de tal transtorno um desafio para qualquer profissional da psicologia. O objetivo deste trabalho foi investigar as melhores práticas baseadas em evidências que possam ajudar na eliminação do sofrimento do indivíduo que busca o serviço do profissional de psicologia. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica com uma revisão não sistemática, proveniente de estudos originais, informações provenientes de meta-análise, livros e textos especializados. Dentre os autores referendados, foram utilizados Aaron T. Beck, reconhecidamente como o precursor da terapia cognitiva e cognitivo-comportamental, dentre outros; além do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). O trabalho se desenvolveu em três partes, onde primeiro falamos sobre a definição, sintomas e prevalência. Na segunda parte abordamos o desenvolvimento da terapia cognitivo-comportamental. Sobre as técnicas da TCC (terapia cognitivo-comportamental) aplicadas ao tratamento da depressão, se deu na terceira e última parte do trabalho. O caminho percorrido demonstrou o quanto a psicologia está em pleno desenvolvimento na busca por melhores práticas, que certamente deverão continuar baseando-se em evidências científicas inovadoras que darão suporte ao profissional de psicologia em sua missão de promover saúde.

**Palavras-chave:** formação acadêmica; psicologia; depressão; Terapia Cognitivo-Comportamental; TCC.



## ABSTRACT

This paper “The treatment of depression from the perspective of cognitive behavioral therapy: a literature review” addresses the issue of depression in its biopsychosocial aspect, and how Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has developed as a scientific practice, creating tools and treatment protocols for direct and effective intervention. The motivation for this work came from classroom discussions and the course of supervised internship, understanding that the managing of such a disorder is a challenge for any psychology professional. This work aimed to investigate the best evidence-based practices that can help eliminate the suffering of individuals who seek the services of psychology professionals. The methodology used was bibliographic research with a non-systematic review based on original studies, information from meta-analysis, books, and specialized texts. Among the authors referenced were Aaron T. Beck, recognized as the forerunner of cognitive and cognitive behavioral therapy, among others; as well as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5) and the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CID-10). The work was developed in three parts, where we first talked about the definition, symptoms and prevalence. The second part deals with the development of cognitive behavioral therapy. The third and final part of the paper deals with CBT (cognitive behavioral therapy) techniques applied to the treatment of depression. The traveled path has shown how psychology is in full development in the search for better practices, which should certainly continue to be based on innovative scientific evidence that will support psychology professionals in their mission to promote health.

**Keywords:** academic training; psychology; depression; Cognitive Behavioral Therapy; CBT.

## INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso se deu a partir das discussões em sala de aula durante a formação em psicologia, que deixava evidente a necessidade da busca de melhores práticas diante dos desafios que enfrentamos para lidar com o crescente diagnóstico de depressão neste tempo e seus desafios. A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma abordagem integrativa que busca as melhores ferramentas que auxiliam o indivíduo a sair do sofrimento, corrigindo seus pensamentos distorcidos sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo em que vive através do autoconhecimento, auxiliando-o a gerenciar suas emoções e a corrigir os comportamentos que porventura lhe tragam prejuízos.

No primeiro capítulo, será abordado o diagnóstico de Transtorno Depressivo de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 5ª Edição (DSM-5) e com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). A depressão é um transtorno de humor que segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) está crescendo assustadoramente em proporções alarmantes. É importante deixar claro os critérios diagnósticos que efetivamente determinam e categorizam o indivíduo como portador deste transtorno. Neste mesmo capítulo também será discutido sobre a prevalência, o que demonstra ser de suma importância para se entender a extensão do problema e seu impacto na sociedade.

No capítulo dois discutiremos sobre o desenvolvimento da Terapia Cognitivo-Comportamental e o tratamento da depressão, e sobre a história da TCC a partir de Aaron

T. Beck e as 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> gerações da TCC e seus pressupostos básicos no tratamento da depressão.

No terceiro capítulo, serão apresentadas as técnicas da TCC aplicadas ao tratamento da depressão, tendo a personalização como aspecto fundamental de sua eficácia, onde as técnicas se apresentam como ferramentas terapêuticas a serviço do sujeito, considerando sua individualidade.

## DEPRESSÃO – DEFINIÇÃO, SINTOMAS E PREVALÊNCIA

A depressão é um transtorno mental comum que afeta significativamente o funcionamento emocional, cognitivo e físico de um indivíduo. É caracterizada por uma tristeza persistente, perda de interesse ou prazer em atividades. Os sintomas da depressão podem variar em intensidade e duração, mas geralmente afetam o funcionamento diário, o bem-estar emocional e a qualidade de vida de uma pessoa. (Istilli *et al.*, 2010).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5<sup>a</sup> edição (DSM-5), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, é uma das principais referências utilizadas para o diagnóstico de transtornos mentais, incluindo a depressão. O DSM-5 fornece critérios específicos para o diagnóstico de depressão.

Segundo o DSM-5, a depressão é classificada como: - Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor; - Transtorno Depressivo Maior; - Transtorno Depressivo Persistente; - Transtorno Disfórico Pré-Menstrual; - Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica (DSM-5 2014, p.155). As características comuns, presentes em todos os transtornos depressivos, são tristeza, sensação de vazio, humor irritável, acompanhados de alterações somáticas, dentre outras (Chand; Givon, 2017). Ao se falar em epidemiologia, existe a prevalência do Transtorno Depressivo Maior em indivíduos entre 18 e 29 anos muito mais elevada comparada com os de faixa etária dos 60 anos, sendo essa prevalência maior nas mulheres do que nos homens (Harrison *et al.*, 2008; Chand; Givon, 2017).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), da Organização Mundial de Saúde (1993), o episódio depressivo é classificado de acordo com o número e a gravidade dos sintomas em três graus: leve, moderado ou grave, os episódios graves podem possuir sintomas psicóticos e o transtorno depressivo pode ser recorrente.

Relacionado aos aspectos gerais do transtorno depressivo, mesmo que as características mais inerentes dos estados depressivos sejam a com a predominância de sentimento de tristeza e vazio, nem todas as pessoas acometidas, abordam a percepção da tristeza, contudo relatam perda do ânimo, energia e prazer de realizar as atividades no seu dia a dia, apresentando um declínio no interesse ao ambiente que fazem parte e sensação de elevado grau de cansaço (Del Porto, 1999).

Segundo (Matos e Oliveira, 2013, p.74):

O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode vir associado aos sintomas ditos “somáticos”, a exemplo de perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce (várias horas antes da hora habitual de despertar), agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido.

A etiologia da depressão é multifatorial e envolve fatores biológicos, socioculturais e psicológicos. Somando a esses fatores o desenvolvimento da depressão é proveniente da interação do indivíduo com várias causas, como por exemplo: fatores genéticos em relação à vulnerabilidade herdada da família, ambientais e psicológicas em relação aos atravessamentos vividos durante a vida e situações que afetaram antes e durante ao quadro depressivo, fatores culturais e sociais. Toda essa variedade de fatores que perpassam a trajetória de vida da pessoa de forma singular, influenciará na apresentação do transtorno depressivo (Silva, 2016).

Além disso, se faz necessário toda uma avaliação de diversos, fatores como: histórico clínico, familiar, investigação de comorbidades, sintomas, hábitos alimentares, rotina de sono, entre outros dados para maior coleta de informações para que o psicodiagnóstico seja feito com maior complexidade e assertividade (Matos e Oliveira, 2013).

De acordo com o CID-10 e o DSM-5, os transtornos depressivos se encontram classificados dentro do grande grupo dos Transtornos do Humor, cujas linhas gerais seriam:

**Tabela 1 - Classificação dos transtornos depressivos de acordo com o CID-10 e DSM-5.**

Transtornos Depressivos	
CID-10	DSM-5
F30 - Episódio maníaco (usado para episódio único de mania)	296.xx - Transtorno depressivo maior, designado como único ou recorrente
F31 - Transtorno Afetivo Bipolar, com a discriminação do episódio atual, hipomaníaco, maníaco ou depressivo.	
F32 - Episódio depressivo, que pode ser classificado, de acordo com a intensidade dos sintomas em leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser especificados quanto à presença ou não de sintomas somáticos e os graves quanto à presença ou ausência de sintomas psicóticos.	300.4 - Transtorno distímico, que pode ser classificado como de início precoce ou tardio, com ou sem características atípicas.
F33 - Transtorno depressivo recorrente, também com a especificação do episódio atual.	311 - Transtorno depressivo sem outra especificação.
F34 - Transtornos persistentes do humor - Distímia (queixas depressivas há, pelo menos, dois anos) e Ciclotímia.	

O diagnóstico da depressão é feito por equipe de profissionais de saúde mental como, por exemplo, psiquiatra, entre outros profissionais de saúde. É importante salientar que o profissional de psicologia através da abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental, o diagnóstico se dá baseado na entrevista psicológica, avaliação psicopatológica, podendo ser empregado o uso de escalas Beck como o BDI - Inventário de Depressão de Beck (2014), que mede a intensidade da depressão e serve como aliado ao diagnóstico, juntamente com a avaliação dentro dos critérios de diagnóstico baseado no manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5 e na Classificação internacional de doenças CID-10.

A fisiopatologia da depressão evidencia que para umas alterações nas disponibilidades de neurotransmissores e os seus mecanismos efetores sugerindo um distúrbio do sistema nervoso central (SNC) na atividade da serotonina, outros neurotransmissores podem estar envolvidos como a norepinefrina, dopamina e glutamato. O papel fisiopatológico mediado pela serotonina no SNC é um dos mecanismos de tratamento da depressão com os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (SSRIs) (Chand; Givon, 2017; Yohn;

Gergues; Samuels, 2017).

O DSM-5 estabelece os critérios para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, que é a forma mais comum e grave de depressão. Esses critérios incluem a presença de uma combinação específica de sintomas, como humor deprimido na maior parte do dia, perda de interesse ou prazer, alterações no apetite ou peso, distúrbios do sono, fadiga, sentimento de culpa ou inutilidade, dificuldade de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. É ainda a principal causa de invalidez no mercado de trabalho em todo o mundo (Beck e Alford, 2011)

Além disso, o DSM-5 também diferencia a depressão de outros transtornos, como distímia (um tipo de depressão crônica de menor intensidade) e transtorno bipolar (caracterizado por episódios de depressão e mania). Essa classificação e diferenciação são importantes para fornecer um diagnóstico preciso e direcionar o tratamento adequado (Beck e Alford, 2011).

Os sintomas de depressão estão classificados em três níveis na Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10): leve, moderado e grave, de acordo com seu número e sua intensidade. Essas categorias são úteis para orientar o diagnóstico e o tratamento, mas é importante reconhecer que cada pessoa vivencia a depressão de maneira única.

**Depressão Leve:** Os sintomas podem ser menos intensos e causar um impacto relativamente menor na vida diária. O indivíduo pode sentir tristeza, falta de energia, perda de interesse ou prazer em atividades, alterações de sono e apetite, entre outros sintomas. Embora a depressão leve possa causar desconforto e dificuldades, a pessoa geralmente consegue realizar suas tarefas diárias, embora com algum esforço adicional.

**Depressão Moderada:** Os sintomas tendem a ser mais intensos e podem interferir significativamente nas atividades diárias e no funcionamento geral. O indivíduo pode experimentar uma tristeza profunda, perda de interesse generalizada, fadiga persistente, dificuldade de concentração, sentimentos de desesperança e autoestima reduzida. As atividades cotidianas, como o trabalho, o convívio social e os relacionamentos, tornam-se desafiadoras e exige um esforço considerável.

**Depressão Grave:** Os sintomas são muito intensos e persistentes, afetando drasticamente o funcionamento diário do indivíduo. A tristeza profunda, a perda de interesse generalizada e os sintomas físicos, como distúrbios do sono e do apetite, podem ser debilitantes. A pessoa pode enfrentar dificuldades extremas em realizar tarefas básicas, como levantar-se da cama, tomar banho ou comer. A depressão grave pode levar à ideia suicida e requer atenção imediata e intervenção profissional.

É importante ressaltar que até hoje não há consenso para a explicação satisfatória das suas características, mas pode-se perceber que a gravidade da depressão pode ser influenciada por vários fatores, como histórico pessoal, fatores genéticos, eventos de vida estressantes, presença de transtornos coexistentes e acesso a suporte social e tratamento adequados (Beck e Alford, 2011).

Existem ainda os especificadores adicionais no diagnóstico do Transtorno Depressivo

Maior, presentes no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição), como critérios específicos aplicados para descrever a apresentação e os sintomas do transtorno. Eles fornecem informações adicionais sobre características particulares do quadro clínico e ajudam a individualizar o diagnóstico, como podemos verificar a seguir:

1. Com características psicóticas: Este especificador é utilizado quando o indivíduo apresenta sintomas psicóticos, como delírios (crenças falsas e infundadas) ou alucinações (percepções sensoriais falsas), durante um episódio depressivo. Esses sintomas podem estar relacionados ao humor depressivo, como delírios de culpa ou alucinações auditivas com conteúdo depressivo.
2. Com características catatônicas: É utilizado quando o indivíduo exibe sintomas catatônicos durante um episódio depressivo. Os sintomas catatônicos podem incluir imobilidade motora, agitação extrema, negativismo (resistência ativa ou falta de resposta a instruções) e mutismo (incapacidade de falar).
3. Com início no período pós-parto: É utilizado quando o episódio depressivo ocorre no período pós-parto, normalmente nas primeiras semanas ou meses após o parto. É popularmente conhecido como “depressão pós-parto” e pode estar associado a dificuldades emocionais e hormonais relacionados ao período pós-parto.
4. Com padrão sazonal: É usado quando a depressão apresenta um padrão sazonal consistente, com episódios recorrentes que acontecem em determinadas estações do ano. Esse padrão sazonal também é conhecido como transtorno afetivo sazonal.
5. Com ansiedade significativa: É aplicado quando há presença de sintomas de ansiedade significativos que coexistem com os sintomas depressivos. A ansiedade pode incluir preocupação excessiva, tensão, irritabilidade e sintomas físicos, como palpitações, tremores e sudorese.

Cabe ressaltar que o uso destes especificadores ajuda a compreender melhor o quadro clínico de cada indivíduo e a personalizar o tratamento de acordo com as necessidades específicas de cada caso.

É necessário observarmos que a prevalência da depressão tem aumentado significativamente nas últimas décadas. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo sofram com esse transtorno, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a depressão como a principal causa de incapacidade no mundo. Os fatores de risco incluem predisposição genética, história familiar, eventos estressantes, desequilíbrios químicos no cérebro e condições médicas crônicas. (Depressão)

A prevalência da depressão é uma medida importante para entender a extensão do problema e seu impacto na sociedade. Estudos têm investigado a prevalência da depressão em diferentes populações e regiões ao redor do mundo. É importante notar que as taxas de prevalência podem variar dependendo dos critérios de diagnóstico utilizados, da metodologia do estudo e das características da população analisada (Beck e Alford, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Estima-se que mais de 264 milhões de pessoas vivam com depressão em todo o mundo. Esses números evidenciam a importância do problema e a necessidade de ações efetivas para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Estudos mostram que a depressão é mais comum em mulheres do que em homens, embora os motivos para essa diferença não sejam totalmente compreendidos. Além disso, fatores socioeconômicos, como baixo nível educacional, desemprego e pobreza, estão associados a maiores taxas de depressão (Beck e Alford, 2011).

A prevalência da depressão também pode variar em diferentes faixas etárias. Por exemplo, a depressão em adolescentes e jovens adultos tem sido uma preocupação crescente, com taxas relativamente altas de transtornos depressivos nessa faixa etária. Idosos também podem ser mais suscetíveis à depressão, especialmente devido a fatores como doenças crônicas, isolamento social e perda de entes queridos (Beck e Alford, 2011).

A prevalência da depressão tem aumentado nos últimos anos e a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2030 a depressão se torne a principal causa de anos vividos com incapacidade em todo o mundo. Isso significa que a depressão não apenas causa sofrimento emocional e dificuldades individuais, mas também causa impacto negativo na vida social, profissional e familiar das pessoas afetadas.

No Brasil, a prevalência da depressão também é significativa, seguindo a tendência global. Estudos e levantamentos epidemiológicos realizados no país têm indicado que a depressão é um problema de saúde mental relevante e que afeta uma parcela significativa da população brasileira.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que 10,2% da população adulta no Brasil tenha sido diagnosticada com algum tipo de depressão em algum momento da vida. Esse número corresponde a aproximadamente 12 milhões de pessoas.

Além disso, outros estudos conduzidos em diferentes regiões do país apontam que a prevalência da depressão pode variar. Em algumas localidades, a taxa de depressão pode variar de acordo com região, sexo, faixa etária, nível de escolaridade, local de residência e raça (Stopa *et al.*, 2015, p. 05). Vejamos:



**Tabela - Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de depressão na população brasileira de adultos ( ≥ 18 anos), segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, nível de escolaridade, local de residência e grandes regiões. IC95%: intervalo de confiança de 95%; \*valores absolutos devem ser multiplicados por 1.000**

Variáveis	Autorrelato de depressão	
	n*	% (IC95%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	2.714	3,9 (3,5 – 4,4)
Feminino	8.465	10,9 (10,3 – 11,6)
<b>Faixa etária (anos)</b>		
18 – 29	1.484	3,9 (3,3 – 4,5)
30 – 59	7.177	8,8 (8,2 – 9,4)
60 – 64	937	11,1 (9,1 – 13,1)
65 – 74	1.119	9,9 (8,3 – 11,5)
75 +	462	6,9 (5,3 – 8,5)
<b>Nível de escolaridade</b>		
Sem instrução e fundamental incompleto	4.907	8,6 (7,9 – 9,3)
Fundamental completo e médio incompleto	1.578	6,9 (5,9 – 8,0)
Médio completo e superior incompleto	3.071	6,4 (5,8 – 7,0)
Superior completo	1.623	8,7 (7,5 – 9,9)
<b>Raça/cor da pele</b>		
Branca	6.229	9,0 (8,3 – 9,6)
Preta	726	5,4 (4,4 – 6,4)
Parda	4.121	6,7 (6,1 – 7,3)
<b>Local de residência</b>		
Urbana	10.048	8,0 (7,5 – 8,4)
Rural	1.131	5,6 (4,9 – 6,3)
<b>Regiões</b>		
Norte	336	3,1 (2,7 – 3,5)
Nordeste	1.951	5,0 (4,5 – 5,5)
Sudeste	5.404	8,4 (7,6 – 9,2)
Sul	2.716	12,6 (11,2 – 13,9)
Centro-Oeste	772	7,2 (6,4 – 8,0)
Brasil	11.179	7,6 (7,2 – 8,1)

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2013)

Os dados disponíveis apontam para a necessidade de investimentos em políticas de saúde mental e na ampliação do acesso a serviços de diagnóstico e tratamento para a depressão no país. A conscientização, a educação pública e a redução do estigma em relação à doença também são essenciais para melhorar o entendimento e a busca por ajuda entre aqueles que estão enfrentando a depressão.

## O DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental foi desenvolvida por Aaron Beck na década de 1960, na faculdade da Pensilvânia, onde na época era professor assistente de psicoterapia, onde foi responsável pelos primeiros passos de uma abordagem que é utilizada por diversos profissionais da Psicologia, pela sua eficácia comprovada empiricamente no tratamento psicoterápico de vários transtornos mentais. Aaron Beck era formado em Psicanálise e atuante, além de cientista, onde acreditava que para suas observações de casos com a abordagem da Psicanalítica fosse aceita pela comunidade médica, suas teorias precisavam de comprovação da demonstração de validação empírica (Rangé, 2011; Beck, 2014).

Entre a década de 1960 e 1970, empenhou-se em vários experimentos onde vislumbrava a validação deles, porém os resultados de suas pesquisas levaram a outras indagações para a depressão, pois identificou que as pessoas observadas em seus experimentos, apresentavam cognições distorcidas e negativas (sobressaindo pensamentos e crenças), como atributos iniciais transtorno depressivo. Em detrimento a essa observação desenvolveu um tratamento de curta duração, onde um dos objetivos primordiais era o teste de realidade do pensamento depressivo do paciente. (Beck, 2014, p.21). Nesse contexto Aaron Beck criou uma forma de psicoterapia nomeada primeiramente como “terapia cognitiva” e que atualmente é usada como sinônimo de “terapia cognitivo-comportamental”.

Para o tratamento de depressão, Beck concebeu uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis) (Beck, 1964 *apud*, Beck, 2014).

Ainda de acordo com Beck, a psicoterapia também está alicerçada em uma conceituação cognitiva e na compreensão de cada paciente (suas crenças e padrões de comportamentos), onde o trabalho do terapeuta busca perfazer através do uso de técnicas, que veremos mais adiante, uma mudança cognitiva, modificação de pensamentos e no sistema de crenças em prol da mudança das respostas emocionais e comportamentais de forma mais duradouras. Diversos autores falam da importância da conceitualização cognitiva na TCC para a construção das emoções do indivíduo, sendo a conceitualização o elemento chave para a psicoterapia (Beck e Alford, 2011).

Segundo Kuyken, Padesky e Dudley (2010, p.21), definem conceituação de caso como:

Conceitualização de caso é um processo em que terapeuta e cliente trabalham em colaboração para primeiro descrever e depois explicar os problemas que o cliente apresenta na terapia. A sua função primária é guiar a terapia de modo a aliviar o sofrimento do cliente e a desenvolver a sua resiliência (Kuyken *et al.*, 2010).

A conceituação cognitiva se constitui acerca dos pensamentos, suposições, emoções e crenças do paciente. Ela é dinâmica, ou seja, cada objetivo é trabalhado ao longo das sessões, e novas conceituações são reformuladas, pois o terapeuta tomará nota de novas informações para construir colaborativamente com o paciente como cada situação gatilho, promove pensamentos disfuncionais, emoções e comportamentos, assim como as suas crenças, se tornando mais esclarecedor a forma como o paciente tende a responder a certos eventos.

A conceituação cognitiva é fundamental no andamento do progresso psicoterápico do transtorno depressivo, pois é através dessa ferramenta que o terapeuta busca identificar as causas que levaram a desenvolver esse quadro, a terem esses pensamentos automáticos, recorrentes e ruminativos que trazem uma perda da qualidade de vida englobando o sofrimento psíquico, emocional e fisiológico (Rangé, 2004).

A conceituação cognitiva segundo Beck (2014) se encontra no diagrama no anexo B, demonstrando a forma de condução com o paciente a traçar seus objetivos ao longo da terapia, e é imprescindível para o progresso do tratamento terapêutico da depressão, servindo para identificar os motivos que levam esses indivíduos a terem pensamentos automáticos, repetitivos e recorrentes que trazem um sofrimento psíquico, emocional e fisiológico. De acordo com o anexo A, seguem os conceitos da TCC.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) evoluiu ao longo do tempo através do desenvolvimento de diferentes gerações tendo seu compromisso desde o seu surgimento com intervenções baseadas em evidências. A primeira geração da TCC (Terapias de modificação do comportamento e terapias comportamentais) concentrou-se na relação entre pensamentos, emoções e comportamentos. As técnicas cognitivas e comportamentais foram integradas para identificar e modificar padrões disfuncionais. Os terapeutas ajudavam os clientes a identificarem e desafiar seus pensamentos negativos e distorcidos, promovendo a mudança comportamental através de técnicas como a exposição gradual. Muitas intervenções amplamente utilizadas na atualidade são oriundas desta “primeira onda” (Passos, 2016).

A segunda geração da TCC expandiu o foco para incluir a influência do contexto social e cultural nos pensamentos e comportamentos dos indivíduos. Essa geração foi designada como Terapias Cognitivas e Cognitivo-Comportamentais, e introduziu a noção de esquemas cognitivos, que são padrões de pensamento mais abrangentes e duradouros que influenciam a percepção e interpretação das experiências. Além disso, foram desenvolvidas técnicas de reestruturação cognitiva mais sofisticadas, que ajudam os clientes a desafiar e modificarem crenças nucleares e esquemas disfuncionais. É um dos modelos com maior corpo em evidências científicas (Passos, 2016).

A terceira geração da TCC foi designada como Terapias Comportamentais Contextuais. Essa geração incorporou conceitos e técnicas de outras abordagens, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT), dentre outras. O objetivo é ajudar os clientes a desenvolverem a habilidade de aceitar pensamentos e emoções indesejadas, enquanto se comprometem com valores e comportamentos orientados para uma vida significativa. A terapia de esquemas também se tornou mais integrada nessa geração, enfocando a exploração e modificação de esquemas profundos (Passos, 2016).

Cada geração da TCC construiu sobre os princípios e técnicas das gerações anteriores, expandindo o conhecimento e a eficácia da abordagem. Embora as diferentes gerações tenham suas ênfases distintas, é importante ressaltar que a TCC é uma abordagem integrativa, que pode incorporar elementos de todas as gerações para melhor atender às necessidades dos indivíduos.

Cabe destacar que essas gerações são conceitos teóricos e não representam uma divisão rígida na prática clínica. Os terapeutas da TCC são treinados para integrar os princípios e técnicas de forma flexível, adaptando-se às necessidades individuais de seus clientes.

A TCC tem como objetivo auxiliar os indivíduos a desenvolverem estratégias para lidar com as dificuldades emocionais, alterando a forma como interpretam os eventos e como se comportam diante deles. O modelo cognitivo da TCC enfatiza que os pensamentos automáticos negativos desempenham um papel central na geração e manutenção da depressão. Esses pensamentos são automáticos e frequentemente distorcidos que surgem na mente das pessoas, influenciando suas emoções e comportamentos. A TCC busca ajudar o indivíduo a identificar esses pensamentos negativos e a examiná-los criticamente, substituindo-os por pensamentos mais realistas e adaptativos (Beck e Alford, 2011).

A abordagem comportamental da TCC enfoca a análise dos comportamentos associados à depressão e a modificação de padrões disfuncionais. Segundo Beck e Alford (2011, p.252), “o terapeuta cognitivo modifica o pensamento atual a fim de reduzir os sintomas e corrigir as crenças a fim de prevenir recaídas”.

Na TCC, destaca-se a aliança terapêutica como princípio fundamental, sendo aquele que trabalha continuamente na relação do terapeuta com o cliente, apresentando escuta, empatia, afeto, atenção genuína para a construção de rapport, além da competência técnica, ou como Beck e Alford (2011, p. 252) afirmam, “forma-se uma “relação terapêutica de apoio”, a partir da qual se coopera com o paciente para resolver problemas”.

A TCC está baseada na formulação contínua das questões trazidas por cada paciente, assim como conceituação cognitiva.

Ela se apresenta como uma psicoterapia estruturada, onde inicialmente é focada na resolução de questões no presente “aqui e agora”, independente do diagnóstico, com o intuito de trazer uma melhor qualidade de saúde mental com o alívio dos sintomas (Beck, 2014).

A TCC é educativa, ou seja, tem como premissa ensinar aos pacientes a conhecerem o transtorno, identificar seus pensamentos, padrões de comportamentos, emoções e respostas, e a partir desse entendimento guiado durante a terapia, continuar quando não estiver na sessão e se tornar o “próprio terapeuta”, além de ensinar habilidades para resolução dos problemas para que consigam identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais de forma mais flexível. De início ela é informativa, mas ao longo da terapia as informações se tornam mais lógicas ao paciente, de acordo com Matos e Oliveira (2013).

A construção psicoterapêutica que envolve a colaboração ativa na relação terapeuta-paciente, precisa que as sessões sejam planejadas em conjunto, traçando os objetivos a serem trabalhados em cada sessão, assim como avaliação das atividades terapêuticas realizadas pelos pacientes entre os intervalos dos dias de sessão, solicitação do feedback ao término de cada sessão, que também é fundamental para que o paciente perceba que o terapeuta se importa sobre como está sendo o tratamento. Desta forma ocorre o fortalecimento da aliança terapêutica, que corresponde ao engajamento e colaboração entre ambos em prol do alcance dos objetivos de cada sessão (Beck e Alford, 2011).

O tratamento com a Terapia Cognitivo-Comportamental vem sendo estudada desde os primeiros tempos da terapia cognitiva, onde Aaron Beck começou com o conceito psicanalítico que os pacientes com depressão apresentavam uma visão hostil de si mesmo, porém avaliando os sonhos desses pacientes observou menos questões de hostilidade e mais voltados a fracasso, perda e privação. Através da sua busca de validação empírica para entendimento da depressão por meio do treinamento psicanalítico proveniente das suas observações, experimentos e pesquisas clínicas sistematizadas, que resultaram na percepção que acontecia uma disfunção de pensamento no núcleo dos transtornos como a depressão e ansiedade. (Beck, 2014).

Os indivíduos com depressão tendem a interpretar eventos e situações de forma distorcida, enfatizando o negativo, minimizando o positivo e fazendo generalizações negativas sobre si mesmos, o mundo e o futuro. Esses pensamentos negativos são conhecidos como “distorções cognitivas” e podem incluir generalização excessiva, abstração seletiva, polarização e pensamento dicotômico, entre outros. Esses pensamentos automáticos negativos influenciam diretamente as emoções e comportamentos das pessoas, aprofundando o ciclo da depressão (Beck e Alford, 2011).

Além dos pensamentos automáticos, a TCC também destaca a presença de crenças disfuncionais na depressão. Essas crenças são ideias arraigadas e frequentemente irrealistas sobre si mesmo, os outros e o mundo. Exemplos comuns de crenças disfuncionais na depressão incluem a autocrítica excessiva, o pensamento de tudo ou nada e a inferência arbitrária.

Ao compreender e desafiar esses padrões de pensamento negativos e crenças disfuncionais, a TCC busca interromper o ciclo da depressão e promover a mudança cognitiva.

De acordo com Matos e Oliveira (2013):

O uso da TCC no tratamento da depressão consiste em acessar as crenças e regras através de dados ambientais e mnemônicos fornecidos pelo paciente. Na depressão, estes são carregados de erros de lógica e comportamentos disfuncionais. O modelo enfatiza aspectos educacionais que incluem a informação ao paciente sobre o seu transtorno, tendo a aliança terapêutica como componente fundamental. Dessa forma pode-se dizer que a TCC é um modelo de cooperação e confiança, no qual o paciente participa ativamente do seu processo de mudança através desses dois níveis de aprendizagem e cognição.

A TCC atualmente, conta com mais de 300 ensaios clínicos controlados que atestam sua eficácia, sendo a abordagem psicoterápica com maior amparo empírico. A TCC é uma das linhas teóricas mais pesquisadas e eficazes no tratamento psicoterápico de qualquer transtorno psicológico, incluindo a depressão (Powel *et al.*, 2008).

Além disso, ainda segundo (Powel *et al.*, 2008, p.74):

[...] a efetividade da TCC na depressão é tão ou mais robusta do que a farmacoterapia ou outros tipos de intervenções psicológicas (por exemplo, terapia interpessoal ou tratamento de apoio). A TCC tem tido o benefício adicional notado em muitos estudos: provoca resposta mais duradoura em comparação com o tratamento farmacológico e pode proporcionar um efeito substancialmente protetor quanto às recorrências.

O tratamento baseado nas intervenções da terapia cognitivo-comportamentais tem como umas das premissas o processo de psicoeducação para que ao longo do processo terapêutico o paciente com depressão consiga por conta própria identificar e lidar com as situações relacionadas aos sintomas da doença, bem como treinar formas de habilidades sociais e resolução de problemas. O objetivo dessas práticas é alterar excessos ou déficits comportamentais, crenças e valores relacionados aos comportamentos-problema (Knapp & Beck, 2008; Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

Diversos autores descrevem as técnicas e estratégias mais utilizadas para o tratamento da depressão (Knapp e Beck, 2008; Powell, Abreu, Oliveira e Sudak, 2008).

As técnicas e estratégias comportamentais mais utilizadas no tratamento da depressão são aquelas relacionadas ao automonitoramento (diários), reestruturação cognitiva, técnicas de enfrentamento (iniciar ou realizar alguma atividade), treino de habilidades sociais e resolução de problemas. Essas estratégias têm por objetivo ensinar o indivíduo a identificar sentimentos e pensamentos automáticos disfuncionais que estão relacionados ao seu sentimento de disforia (Powell *et al.*, 2008).

Conforme Matos e Oliveira (2013), algumas técnicas podem ser utilizadas: o curtograma onde é solicitado que o paciente elabore uma lista de coisas das quais gostava e fazia, gostava e não fazia, não gostava e fazia e não gostava e não fazia. O diário de atividades, ou seja, um registro da satisfação real e prevista é utilizado possibilitando inserção de atividades colaborativamente no cotidiano do paciente que seja mais prazeroso. As avaliações de vantagens e desvantagens da balança decisória são utilizadas para auxiliar o paciente a tomar decisões, tendo em vista que a pessoa com depressão apresenta dificuldade na tomada de decisões devido ao comprometimento no seu humor (Leahy, 2019).

No Transtorno Depressivo, os pacientes apresentavam uma constância da forma que interpretavam certas experiências em suas vidas, apresentando pensamentos negativos, que resultavam nas suas emoções e a partir desse momento (Beck, 2014) começou a propor explicações mais prováveis, levando os clientes a uma nova forma de percepção e análise da veracidade dos fatos, assim promovendo uma diminuição dos sintomas e contínuo treinamento dos mesmos para identificação e análise desses pensamentos automáticos, irrealistas e desadaptativos, norteando para a flexibilização da forma de percepção e respostas.

Nesse sentido a TCC é uma psicoterapia que reduz rapidamente o sofrimento das pessoas e as encaminha para a remissão, como também, auxiliar na manutenção para permanecer bem.

Os componentes importantes da psicoterapia cognitivo-comportamental para depressão incluem foco na ajuda aos pacientes para solucionarem problemas, tornarem-se comportamentalmente ativados para identificar, avaliar e responder ao pensamento depressivo, especialmente pensamentos negativos sobre si mesmos, seu mundo e seu futuro (Beck, 2014, p.26).

A TCC tem sido muito utilizada nos tratamentos psicoterapêuticos com o benefício adicional de provocar respostas mais duradouras em relação a farmacoterapia, além de um efeito protetor quanto as recorrências (Beck e Alford, 2014).

A TCC também incorpora estratégias de enfrentamento e prevenção de recaídas. Os indivíduos aprendem habilidades para lidar com situações estressantes, desenvolvendo estratégias adaptativas de enfrentamento e buscando apoio quando necessário. A prevenção de recaídas envolve a identificação de sinais precoces de recorrência dos sintomas depressivos e a implementação de medidas preventivas para evitar uma recaída completa (Beck e Alford, 2011).

## **TÉCNICAS DA TCC APLICADAS AO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO**

A personalização do tratamento é um aspecto fundamental da eficácia da TCC. Ao adaptar as estratégias terapêuticas às necessidades individuais de cada cliente, a terapia cognitivo-comportamental leva em consideração as características únicas de cada pessoa, suas experiências passadas e suas metas específicas (Beck e Alford, 2011).

A reestruturação cognitiva é um dos principais componentes da TCC para a depressão. Consiste em identificar e modificar os pensamentos automáticos negativos e as crenças disfuncionais que perpetuam a depressão. Através do questionamento Sócrático, o terapeuta ajuda o cliente a examinar a validade e a lógica de seus pensamentos, buscando evidências concretas que possam contradizê-los. Essa técnica auxilia na substituição dos pensamentos negativos por pensamentos mais realistas e adaptativos, e é baseada na premissa de que os pensamentos influenciam diretamente nossas emoções e comportamentos, e que ao modificar os pensamentos negativos podemos promover mudanças positivas no indivíduo (Barbosa, 2010).

O primeiro passo na reestruturação cognitiva é a identificação dos pensamentos automáticos negativos. Isso pode ser feito por meio da observação cuidadosa das emoções e sensações físicas associadas a determinadas situações, bem como dos padrões de pensamento que acompanham essas emoções (Beck e Alford, 2011).

Uma vez que os pensamentos automáticos negativos são identificados, o próximo passo é examiná-los criticamente. Isso envolve questionar a validade e a veracidade desses pensamentos, buscando evidências que os apoiem ou os refutem. O terapeuta desempenha um papel ativo nesse processo, fazendo perguntas que desafiam as suposições e os vieses cognitivos presentes nos pensamentos automáticos.

Durante a reestruturação cognitiva, é comum utilizar uma série de perguntas direcionadas para ajudar na análise dos pensamentos automáticos. Algumas dessas perguntas podem incluir: Existe alguma evidência que apoie esse pensamento? Quais são as evidências contra esse pensamento? Existe uma explicação alternativa para essa situação? Qual seria o conselho que eu daria a um amigo que estivesse passando pela mesma situação? Como eu me sentiria se pensasse de maneira mais realista e adaptativa?

Após questionar e desafiar os pensamentos automáticos negativos, o próximo passo é substituí-los por pensamentos mais realistas e adaptativos. Isso envolve encontrar alternativas mais balanceadas e baseadas em evidências que possam promover emoções mais positivas e comportamentos mais saudáveis.

O tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, as crenças centrais e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno, além de estar baseada no trabalho do terapeuta produzir colaborativamente a flexibilização dos pensamentos disfuncionais, em prol de mudanças comportamentais.

Nesse sentido o papel central da TCC salienta a evocação de pensamentos e pressupostos mal adaptativos que proporcionam, pois no quadro depressivo os vieses cognitivos ampliam o modo como a pessoa interpreta os eventos com uma maior probabilidade avaliação de forma demasiada, personalizada e negativa (Leahy, 2019, p. 15).

De acordo com (Powel *et al.*, 2008, p.76):

A depressão gera imobilidade e pessimismo. Assim, os pacientes apresentam dificuldade para começar qualquer tarefa e para identificar as vantagens de realizar alguma atividade. Técnicas que ajudem a identificar os pensamentos e como estes afetam as emoções e comportamentos parecem ter papel fundamental para ajudar os indivíduos com depressão.

Ainda vale ressaltar (Powel *et al.*, 2008, p.76):

Deve-se recordar que a meta da TC no EDM é facilitar a remissão da depressão e ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta. As técnicas cognitivas devem auxiliar as metas da terapia e não devem ser utilizadas como processo que gere dependência. O paciente deve ser estimulado a enfrentar os problemas relacionados ao EDM e o terapeuta não deve ajudá-lo em cada problema, pois isso pode privá-lo de fortalecer suas próprias habilidades.

Outra técnica importante é a tríade cognitiva, que na sintomatologia da depressão consiste em padrões cognitivos por meio dos quais o indivíduo percebe e interpreta os fatos sobre si mesmo, aos outros e o mundo, e ao futuro (Barlow *et al.*, 2016). Na depressão, a visão negativa proporciona o aumento dos sentimentos de desvalia, autoacusação ou derrota. O indivíduo passa a se sentir e comportar conforme padrões de percepções distorcidas e assim realiza a sua manutenção tornando-se recorrente e debilitante. Os esquemas constituem a base para separar, diferenciar e codificar os estímulos com que se confronta o indivíduo. Ele categoriza e avalia suas experiências através de uma matriz de esquemas.

Ainda de acordo com Barlow *et al.* (2016, p.286):

É fácil que pacientes deprimidos vejam os aspectos negativos de um evento, mas é difícil ver os positivos. Eles conseguem se lembrar de eventos negativos com muito mais prontidão que dos positivos. Eles dão mais peso às probabilidades de desfechos indesejáveis que os positivos.

Diante de pensamentos disfuncionais que o sujeito apresente, usa-se a base na tríade cognitiva para montar uma conceituação cognitiva, como alternativa de ensinar a paciente a pensar de forma mais funcional, chegando a uma reestruturação cognitiva, lidando melhor com dificuldades que surgissem no dia a dia.

Na TCC destaca-se também a técnica da Seta Descendente, tendo como pressuposto que os pensamentos automáticos negativos ou disfuncionais podem apresentar-se verdadeiros algumas vezes. Nesse sentido o terapeuta formula perguntas, que sugerem hipóteses em prol da busca mais aprofundada de tais pensamentos e eventos que teriam



continuidade se os anteriores acontecessem ou fossem verdade, como por exemplo: “Se seu pensamento fosse verdadeiro, por que isso o incomodaria? O que você pensaria? O que aconteceria a seguir?”, dessa forma o propósito é desvendar a implicação final do pensamento, ou seja, chegar aos medos subjacentes dos quais os pacientes não estão conscientes (Leahy, 2019).

Esta técnica é também aplicada para auxiliar o paciente no desenvolvimento de alternativas racionais, questionando o fundamento e criando pensamentos e análises sobre alternativas. A seta descendente é um método bastante útil e ajuda a atingir crenças que mantêm o quadro depressivo, uma vez que auxilia o paciente a “despotencializar e reduzir sentimentos de medo, tristeza ou desmotivação” (Powel *et al.*, 2008).

No tratamento da depressão, a técnica da análise de vantagens e desvantagens também é utilizada, pois muitas pessoas com depressão apresentam dificuldades de tomada de decisão em assuntos diversos de seu cotidiano. De acordo com Beck (2014), nesses casos o terapeuta pode auxiliar sugerindo que liste as vantagens e desvantagens de cada item, com o objetivo do paciente verificar as opções e tomar a decisão que lhe apresentar mais assertiva naquele momento.

As avaliações de vantagens e desvantagens da balança decisória são utilizadas para ajudar o paciente a tomar decisões importantes. A reestruturação cognitiva procura desafiar diretamente os pensamentos e as crenças disfuncionais, modificando-os ou substituindo-os por cognições mais adaptativas (Beck e Alford, 2011).

A intervenção baseada no treinamento de habilidades sociais como técnica da TCC, visa estimular o indivíduo a aumentar suas interações com as demais pessoas, pois o indivíduo diagnosticado com depressão geralmente apresenta prejuízos em tais interações (Knapp e Beck, 2008; Prado, 2012).

O treinamento de habilidades sociais terapêuticos (THS) tem como alvo o ensino ou a aquisição de habilidades sociais, e também o aprimoramento de habilidades que o indivíduo já tem, mas que não consegue utilizar nas situações sociais devido à influência de pensamentos, crenças ou até mesmo da sintomatologia depressiva (Del Prette e Del Prette, 2008).

A Ativação Comportamental (AC) é uma técnica que tem como objetivo auxiliar nas estratégias do tratamento de indivíduos com diagnóstico de depressão. Em termos de análise do comportamento, pessoas com quadro depressivo possuem o comportamento típico de esquiva, que se estabelece através do isolamento social, seja em não ver mais pessoas que antes via, ficar com permanência excessiva na cama, quarto, bem como redução das atividades ao ar livre e de atividades prazerosas (Cardoso, 2017).

Este comportamento de evitação, promove o aumento do sofrimento do sujeito, também reduz o número de atividades reforçadoras, associadas a sensação de bem-estar e de prazer (Camargo e Andretta, 2013). Neste sentido, com o uso da Ativação Comportamental, o terapeuta pode orientar o paciente na escolha e realização de atividades em prol da promoção do sentimento de prazer e controle sobre essas atividades (Beck, 2014).

A ativação comportamental pode ser gentilmente sugerida pelo terapeuta de forma gradual, como por exemplo: caminhar ao ar livre, pegar sol, fazer atividade física, falar com algum ente querido, pintar, etc. Assim, ao se implicar em qualquer destas atividades, ou outra que a pessoa se sinta bem, reforça-se gradativamente o número de atividades prazerosas, e reduz-se em mesmo grau o número de atividades desprazerosas (Cardoso, 2011).

De acordo com (Beck, 2014, p. 119):

Os pacientes que são muito inativos no início do tratamento beneficiam-se ao aprender como criar e aderir a um cronograma diário com graus crescentes de atividades. Os pacientes que são céticos quanto o planejamento de atividades podem se beneficiar realizando experimentos comportamentais para testar suas ideias e/ou verificar a acurácia dos seus pensamentos automáticos ao compararem suas previsões com o que ocorre na realidade.

No tratamento da depressão, destaca-se também as distorções cognitivas, que segundo Beck *et al.* (1979), ocorrem sob a forma de pensamentos automáticos, onde os mesmos agem perante os eventos de vida e reações emocionais do indivíduo a esses eventos, como por exemplo as distorções de pensamentos tudo ou nada, dicotômico (enxergar a situação em duas categorias em vez de pensar em outras possibilidades, exemplo: “Se não for um sucesso total, eu sou um fracasso”), a supergeneralização (tirar conclusões negativas radicais, que vão além da situação vivida como se fosse um padrão global, exemplo: “Se perder alguma coisa, não pensa que poderá ganhar outra e sim que é um fracasso”), a abstração seletiva (Dar foco a um detalhe e não enxergar a situação como um todo, exemplo: “Como tirei nota baixa na prova, significa que sou burra”), magnificação (Avaliar situações, a si mesmo ou outras pessoas maximizando o lado negativo e minimizando o positivo, exemplo: “Passei no processo seletivo porque tive sorte”) entre outros.

As distorções cognitivas perpassam de regras e pressupostos, que são padrões estáveis aprendidos e mantidos ao longo da vida do indivíduo com depressão (Beck, 2014; Leahy, 2019).

Essas regras e crenças são sensíveis à ativação de fontes primárias como o estresse e frequentemente levam a estratégias interpessoais ineficazes (Powel *et al.*, 2008).

Na TCC trabalha-se a técnica do Registro de Pensamentos, que atua na identificação do pensamento, emoção e comportamento, sendo assim mapeando a forma como respondemos a situações acionadas por gatilhos mentais, podemos trabalhar a flexibilização desses pensamentos disfuncionais e mudar a forma que reagimos a ele, o que de forma colaborativa facilita na mudança desses padrões de comportamentos em prol do equilíbrio da qualidade de vida mental e corporal da pessoa em seu dia a dia (Wainer, Pergher; Piccoloto, 2003).

Um das premissas da TCC no tratamento do transtorno depressivo assim como em outros casos, é auxiliar a realizar o registro de pensamentos Disfuncionais – RPD (Beck, 2014), sendo uma prática que ajuda o paciente analisar seus pensamentos quando se sente angustiado. Nesse sentido o terapeuta ensina o paciente a fazer os registros de situações/acontecimento, pensamentos automáticos, emoção/sentimento e comportamento, resposta adaptativa e resultado (Beck, 2014, p. 216).

Enfatizar o Positivo é uma outra técnica. Como destacamos anteriormente pessoas com transtorno depressivo possuem a inclinação de se avaliarem em uma perspectiva negativa, como se colocassem “lentes”, que impedissem de enxergar o lado positivo das questões que lhe acontecem. O terapeuta pode facilitar ao paciente que observe e relate o lado positivo, seus recursos e valores, como forma de contrabalancear a ênfase nas experiências negativas, proveniente do estado depressivo.

Lewinsohn e seus colaboradores argumentaram que não é densidade do reforço per si que é crítica, mas mais propriamente a taxa de reforço positivo contingente à resposta. Contudo, a depressão pode surgir quando o reforço para o não responder for maior do que para o responder (Lewinsohn, 1974, Lewinsohn, Biglan & Zeiss, 1976).

Além disso, a Prevenção e Recaídas também é utilizada como técnica, pois o foco da terapia cognitivo-comportamental é auxiliar na melhora do paciente e remissão do transtorno depressivo, através de ensinamentos de recursos e habilidades básicas para o enfrentamento de novas situações. Após a redução dos sintomas pode ser decidido colaborativamente a diminuição da frequência das sessões gradualmente. Vale ressaltar que os pacientes com sintomas graves podem combinar com o terapeuta sessões mais frequentes (Deckersbach *et al.*, 2000). Na TCC existe a prática de um protocolo para instruir o paciente o término, redução e possível recaída com o intuito de gerar confiança no paciente para dar prosseguimento à vida. “O aprendizado do paciente como terapeuta de si mesmo, deve facilitar o enfrentamento da recorrência dos sintomas e as sessões finais da terapia devem abordar este fator.” (Powel *et al.*, 2008).

Segundo Beck (2014, p. 349) é de suma importância incentivar o paciente a agendar sessões de reforço, pois facilita o acompanhamento em casos positivos de ressurgimento de crenças disfuncionais, que podem ser reativadas e o terapeuta pode realizar a reestruturação cognitiva e planejar a sequência do tratamento do trabalho sobre a crença em casa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão corresponde a um dos transtornos de humor com maior incidência no mundo, sendo uma doença complexa e desafiadora, com causa multifatorial que envolve fatores biológicos, socioculturais, culturais e psicológicos. O presente trabalho descreve o desenvolvimento e as contribuições da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão, sendo uma prática psicoterápica com fundamentação teórica, empírica e com vastas pesquisas científicas. A terapia cognitivo-comportamental possui técnicas comprovadamente eficazes, baseadas em evidências, para o tratamento do paciente com depressão, sendo uma psicoterapia breve, estruturada, com objetivos e metas.

A terapia cognitivo-comportamental tem como objetivo eliminar o sofrimento das pessoas através da identificação de pensamentos disfuncionais automáticos, que resultam em comportamentos problemas, analisando também o que mantêm as crenças e padrões dos mesmos. Nesse sentido, a psicoterapia também facilita a psicoeducação e a participação do indivíduo no processo de conceituação cognitiva e treinamento para que o mesmo consiga ter respostas mais adaptativas e apropriadas para que consiga estabelecer relações mais saudáveis, prazerosas, e com mais qualidade de vida física e mental.

Em suma, a TCC é uma das abordagens que apresentam mais evidências científicas da eficácia no tratamento da depressão, que se caracteriza em sua prática como uma abordagem integrativa, respeitando as singularidades de cada paciente.

Apesar de haver vasto material bibliográfico, além de estudos e artigos científicos sobre o tema, fica notório que ainda há um percurso longo pela frente no que se refere a pesquisas referentes às melhores práticas em relação ao tratamento da depressão, mas não podemos deixar de ressaltar o quanto a TCC contribuiu com sua forma estruturada e científica, ao trazer ferramentas e técnicas para lidar com o sofrimento das pessoas, tratando o sujeito de maneira mais assertiva e com elementos validados por suas evidências científicas.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014

BARBOSA, João Ilo Coelho; BORBA, Aécio. **O surgimento das terapias cognitivo comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. 12, n. 1/2, 16 jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v12i1/2.416>. Acesso em: 15 nov. 2023.

BARLOW, David H. e col. (2016). **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed.

BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A. **Depressão: causas e tratamento**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BECK, J.S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., & EMERY, G. (1982). **Terapia Cognitiva da Depressão**. Rio de Janeiro: Zahar.

CAMARGO, Jéssica; ANDRETTA, Ilana. **Terapia Cognitivo-Comportamental para depressão: um caso clínico**. Contextos Clínicos, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 25-32, jun. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822013000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 nov. 2023. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.03>.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola. **Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão**. Psicologia Argumento, v.29, n.67, 24 nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.v29i67.20359>. Acesso em: 15 nov. 2023.

CHAND, S.; GIVON, L. **Depression** - StatPearls - NCBI Bookshelf. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>. Acesso em: 15 nov. 2023.

CID-10, **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1993.

CIZIL, Marlene Jaqueline; BELUCO, Adriana Cristina Rocha. **AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO**. Revista Uningá, v. 56, S1, p. 33-42, 2 mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.46311/2318-0579.56.euj88>. Acesso em: 13 nov. 2023.

DECKRSBACH T, Gershuny BS, Otto MW. **Cognitive-behavioral therapy for depression.** Psychiatr Clin North Am. 2000;23(4):795-809.

DEL PORTO, José Alberto. **Conceito e diagnóstico.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, suppl 1, p. 06-11, maio 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1516-44461999000500003>. Acesso em: 15 nov. 2023.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo.** 11ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014

DEPRESSÃO. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao>. Acesso em: 13 nov. 2023.

DONADON, Mariana Fortunata *et al.* **Habilidades sociais e depressão: a case reportum relato de caso.** Rev. bras.ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 50-56, jun. 2016.

ESPERIDIÃO-ANTONIO, Vanderson *et al.* **Neurobiologia das emoções.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 35, n. 2, p. 55-65, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-60832008000200003>. Acesso em: 15 nov. 2023.

FARIAS, A.K.C.R; FONSECA, F.N; NERY, L.B. **Teoria e Formulação de Casos em Análise Comportamental Clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2018.

HARRISON, T. R. **Princípios de Medicina Interna.** [S. l.]: McGraw-Hill Companies, 2004. ISBN 9789701037737.

ISTILLI, PT *et al.* **Antidepressivo: uso e conhecimento entre estudantes de enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. São Paulo, v.18, n. 3. 2010.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 30, suppl 2, p. s54—s64, out. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1516-44462008000600002>. Acesso em: 15 nov. 2023.

KUYKEN, W., PADESKY, C. A.; DUDLEY, R. **Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com clientes em terapia cognitivo comportamental.** Porto Alegre: Artmed 2010.

LEAHY, Robert L. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta.** 2ª Ed. Porto alegre: Artmed, 2019.

LEMES, Carina B.; NETO, Jorge O. **Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde.** Temas em Psicologia, v. 25, n. 1, p. 17-28, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/tp2017.1-02>. Acesso em: 15 nov. 2023.

LEWINSOHN, P. M. (1974). **Clinical and theoretical aspects of depression.** Em K. S. Calhoun, H. E. Adams, e H. M. Mitchell (orgs.). Innovative treatment methods of psychopathology (pp. 63-120). New York: Wiley.

LEWINSOHN, P. M.; BIGLAN, A. e ZEISS, A.M. (1976). **Behavioral treatment of depression.** Em P.O. Davidson (org.). The behavioral management of anxiety, depression and pain (pp.91-112). New York: Brunner/Mazel.

LOPES, A.C. **Diagnóstico e Tratamento,** volume 2. Barueri: Manole, São Paulo, 2006.

MATOS, Ana Cristina Santana; OLIVEIRA, Irismar Reis de. **Terapia cognitivo-comportamental da depressão: Relato de caso.** Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 12, n. 4, p. 512, 12 fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v12i4.9203>. Acesso em: 15 nov. 2023.

MOREIRA, M. B. MEDEIROS, C. A. de. **Princípios básicos de análise do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NEUFELD, C.M.; CAVENAGE, C.C. **Conceitualização cognitiva de caso**: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. Rio de Janeiro, Rev. bras.ter. cogn., 2010.

PASSOS, Jonatas. **As terapias comportamentais**: um mar de siglas, ondas, concordâncias e discordâncias. 15 mar. 2016. Disponível em: <https://comportese.com/2016/03/15/terapias-comportamentais/>. Acesso em: 13 nov. 2023.

PICCOLOTO *et al.*, 2019. **A prática das intervenções psicoterápicas**: como tratar pacientes na vida real. In: MELO, Wilson Vieira (Org.). Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

POWELL, Vania Bitencourt et al. **Terapia cognitivo-comportamental da depressão**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 30, suppl 2, p. s73—s80, out. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1516-44462008000600004>. Acesso em: 15 nov. 2023.

PRADO, L. C . **As múltiplas faces da infidelidade conjugal**. Porto Alegre: Arte em Livros, 2016.

RANGÉ, B. P. (Org.). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria** (2a ed.). Porto Alegre: Artmed, 2011.

RANGÉ, B. P. (2004). **Conceitualização cognitiva**. In C. N. de Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 286-299). São Paulo: Roca.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Depressivas: as três dimensões da doença do século**. 1ª Ed. São Paulo. Pricipium, 2016.

SILVA, Marlene Alves da. **Terapia Cognitiva-Comportamental**: da teoria a prática. *Psico-USF*, v. 19, n. 1, p. 167-168, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-82712014000100016>. Acesso em: 15 nov. 2023.

STOPA, Sheila Rizzato et al. **Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil**: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, suppl 2, p. 170-180, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>. Acesso em: 13 nov. 2023.

WAINER, R.; PERGHER, G.; PICCOLOTO, N. **Terapia cognitivo-comportamental das depressões**. In: CAMINHA, R. *et al.* *Psicoterapias cognitivo- -comportamentais: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 61-85.

YOHN, C. N.; GERGUES, M. M.; SAMUELS, B. A. **The role of 5-HT receptors in depression**. *Molecular Brain*, v. 10, n. 28, p. 1–12, 2017.

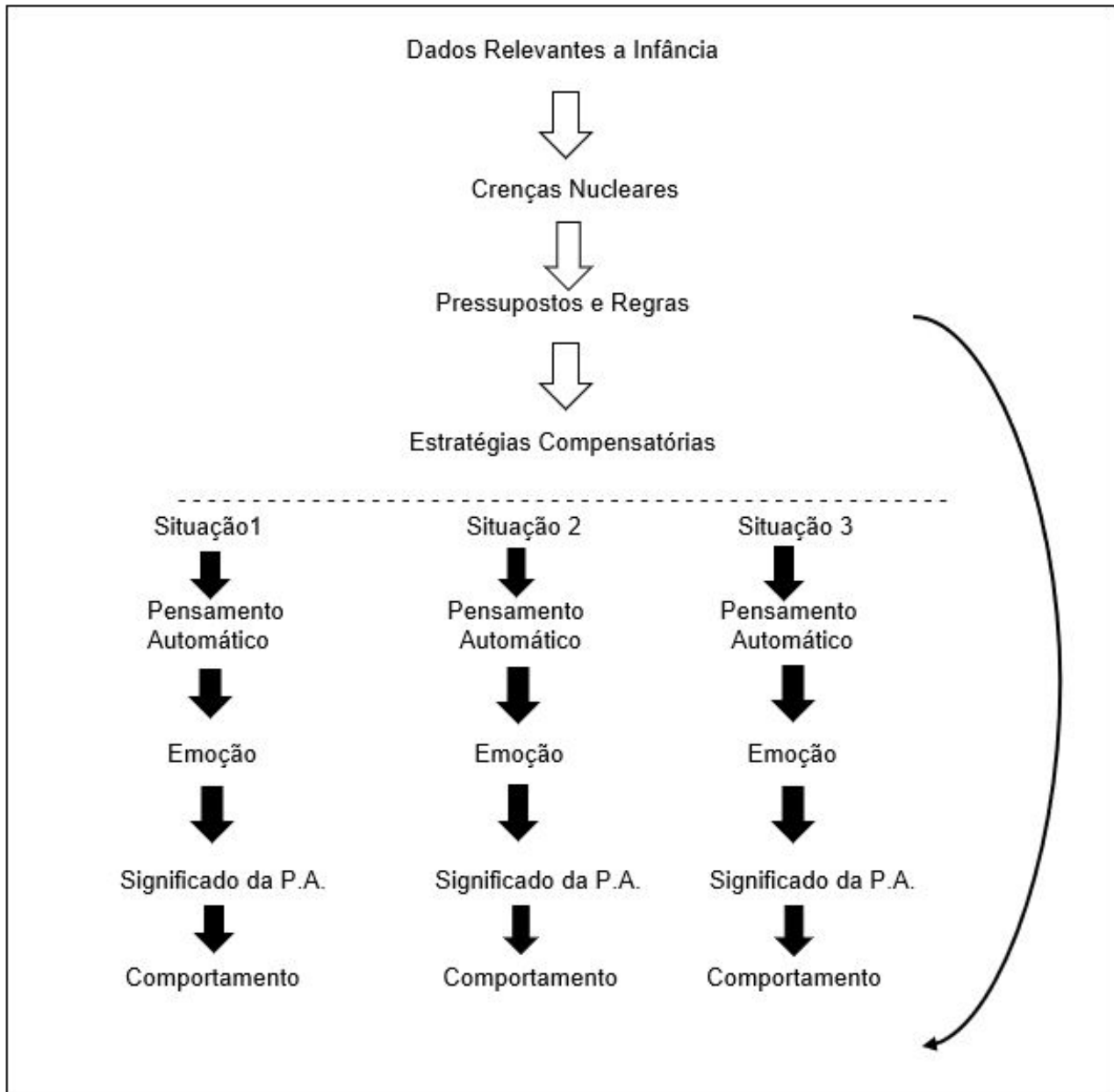
## ANEXO A

### Conceitos importantes na TCC

- Dados relevantes da Infância: Momentos que marcaram essa infância. Por exemplo: traumas, experiências e aprendizados vividos na sua vida cotidiana. (BECK, 2014).
- Crenças Nucleares: Beck (2014) descreve como o nível mais fundamental das crenças, elas são globais e supergeneralizadas, são compreensões mais duradouras e profundas que frequentemente não são articuladas nem para própria pessoa.
- Pressupostos/ Regras: São diversas hipóteses que levam a regras mentais elaborados pelo consciente podendo ser disfuncionais ou não a partir do momento que é ativado em sua mente como algo disfuncional. (Neufeld, 2010).
- Estratégias Compensatórias: Quando temos um comportamento no intuito de aliviar os comportamentos que tem caráter destrutivo, possivelmente estamos adotando-o para fugir da ativação de algum pensamento disfuncional. (Silva, 2014).
- Pensamento Automático: O pensamento automático é um fluxo contínuo de pensamentos, que levam a diversos sintomas emocionais, psíquicas e físicas que serão manifestados na pessoa no momento do comportamento do meio externo que levam a esses pensamentos na consciência (Beck 2014).
- Significado do Pensamento Automático: Como esse pensamento interfere em sua autoestima e como a pessoa vai lidar com esse pensamento. (Neufeld, 2010).
- Emoção: A emoção é definida como “a percepção das alterações corporais assim que elas ocorrem é a emoção”, levando a somatização dessas emoções. As emoções ocorrem a partir do sistema límbico que é sistema responsável por regular as emoções. (Esperidião, 2008).
- Comportamento: O comportamento é todo sentimento e emoção que levamos para o meio externo em forma de expressão corporal. (Knapp, 2008).

## ANEXO B

### Conceituação Cognitiva



Fonte: J.S Beck copyright.



## Tempo de parir: a influência dos tipos de parto no vínculo materno

### *Birth time: the influence of the types of birth on the maternal bond*

Ana Maria Muxfeldt

Maria Débora Damaceno de Lacerda Venturin

Amanda Herman Miranda

#### RESUMO

No tempo de parir, ocorre um dos momentos mais esperados pelas gestantes, o parto, em que surgem anseios e expectativas de como será. Dessa forma, a pesquisa se originou do questionamento sobre quais seriam os efeitos dos tipos de parto na geração de vínculo mãe-bebê no puerpério. O tema abordou os diferentes tipos de parto e suas influências na relação mãe-bebê. O objetivo geral foi delinear como os tipos de parto podem influenciar o vínculo mãe-bebê no puerpério. A justificativa se baseou no tempo de parir como um aspecto importante para a construção psíquica do vínculo materno, momento em que a parturiente se apropria da sua essência de ser mulher e mãe, iniciando a construção do vínculo mãe-bebê. A natureza da pesquisa é básica, classificando-se como descritiva, com uma amostra de 10 participantes que residem nos estados do Paraná e de Santa Catarina, com idades entre 26 e 37 anos, com filhos entre seis meses e seis anos e que foram selecionadas por meio da técnica *Snowball Sampling*. Os dados qualitativos foram coletados em entrevista semiestruturada realizada de forma presencial ou on-line, e analisados por meio da Análise de Conteúdo. Foi identificada a necessidade de priorizar a mulher como protagonista de seu parto, proporcionando apoio familiar, ambiente com menores intervenções, humanização por parte da equipe e de se respeitar a *golden hour* durante o tempo de parir, assim como a busca de conhecimento por parte da mulher, levando a um melhor vínculo materno.

**Palavras-chave:** parto; tempo de parir; tipos de parto; vínculo mãe-bebê; saúde mental no tempo de parir.



## ABSTRACT

At the time of giving birth, one of the most awaited moments for expectant women occurs: the childbirth, in which yearnings and expectations of what it will be like arise. In this way, the research originated from the questioning about what would be the effects of the types of birth in mother-baby bonding during the puerperium moment. The theme addressed the different types of delivery and their influences on the mother-baby relationship. The general objective was to outline how the types of birth can influence the mother-baby bond in the puerperium. The justification was based on the time of giving birth as an important aspect for the psychic construction of the maternal bond, when the parturient appropriates her essence of being a woman and a mother, initiating the construction of the mother-baby bond. The nature of the research is basic, classified as descriptive, with a sample of 10 participants residing in the states of Paraná and Santa Catarina, aged between 26 and 37 years, with children between six months and six years of age, and who were selected by using the Snowball Sampling technique. Qualitative data were collected in a semi-structured interview conducted in person or online and were analyzed using Content Analysis. The need to prioritize the woman as the protagonist of her delivering time was identified, by providing family support, an environment with fewer interventions, humanization by the responsible team and respect of the golden hour during the time of giving birth, as well as the search for the woman/mother knowledge regarding all this process, leading to a better maternal bond between mother and newborn.

**Keywords:** birth; birth time; types of birth; mother-baby bond; mental health in birth time.

## INTRODUÇÃO

O assunto do referido trabalho é a influência do parto na relação mãe-bebê. O tema abordará os diferentes tipos de parto e suas influências na geração de vínculo materno. O tempo de parir refere-se ao tempo que transcorre entre os pródromos do trabalho de parto e o puerpério, sendo experienciado pela parturiente. Esta, na vivência de ser mulher, parturiente e mãe, sente a potência de seu corpo, reconhecendo, neste momento, em sua constituição física e psíquica, os sinais do fim do período gestacional e o início da maternidade.

Entende-se que o tempo de parir constitui-se pelo processo de trabalho de parto, sendo um trabalho árduo para a mãe e seu bebê, em que acontecem mudanças físicas, hormonais e psíquicas. Neste momento ocorre o ápice do estado materno<sup>1</sup>, que está relacionado a uma alteração no próprio equilíbrio hormonal, o qual se dissipa nos primeiros dias pós-parto e leva ao início da conexão entre mãe e bebê. Ao se proporcionar o contato corporal, este momento de conexão é acentuado, possibilitando o descobrimento de novas formas de apego seguro (Franco, 2020).

No ano de 2019, dos 2.849.146 partos realizados no Brasil, 1.604.189 eram cesáreas, 1.243.104 partos vaginais e 1.853 registros de tipo de parto ignorado. Já em 2021 foram realizados 2.600.261 partos de nascidos vivos, destes, 1.112.959 partos vaginais, 1.484.688 cesáreas e 2.614 ignorados (Secretaria de vigilância à saúde, 2022). Frente à evolução da sociedade, da tecnologia e da medicina, houve uma busca pelo controle de

todas as ações de parto, no intuito de minimizar os riscos de complicações médicas, porém, o que se verificou foi uma determinação de hora, tempo - controle sobre o parto - sem considerar o vínculo desenvolvido no ato de nascer, gerando assim riscos psicológicos e afetivos.

Sendo este um tema de grande importância para as mães na construção psíquica, pelo ponto de vista social, a relevância se contextualiza na necessidade da construção de uma base segura e de apego na relação mãe-bebê, já que ocorre, no momento do parto, o primeiro encontro extrauterino. Cabe ao profissional de saúde mental ter conhecimentos neurológicos, orgânicos e psíquicos da constituição humana, objetivando uma intervenção com bases teóricas e técnicas que visam ao reconhecimento dos riscos e manejos sobre o tempo de parir. Portanto, este tema tem importância do ponto de vista acadêmico por trazer à tona a influência dos tipos de parto na maternagem e no vínculo afetivo materno, visto que, ao nascer um filho, nasce uma nova mulher e uma mãe começa a se construir.

O tema surge como objeto de interesse por parte das pesquisadoras enquanto filhas, mulheres e mães, que passaram pela geração de vínculo materno e pela experiência durante os estágios em grupo, na clínica e no ambulatório com crianças e suas mães, vivenciando um contato com estas desde os primeiros dias pós-parto até a segunda infância, em que foram percebidas dificuldades na formação de vínculo e dificuldades da criança em estabelecer relações seguras, visto que o apego seguro tem valor adaptativo, satisfazendo tanto necessidades físicas quanto psicossociais.

Tendo isso em vista, buscou-se investigar quais são as influências dos tipos de parto na geração de vínculo mãe-bebê no puerpério, descrevendo quais são os tipos de parto e a construção do vínculo/apego mãe-bebê e identificando as influências destes no vínculo materno durante o tempo de parir, a fim de constatar as repercussões emocionais na mulher e como isso afeta o vínculo mãe-bebê.

Para o organismo materno, o processo de trabalho de parto é natural ao levar-se em conta a fisiologia da mulher, emergindo da aptidão inata do corpo feminino que foi capaz de fecundar, gestar e dar à luz. Tal prática consiste na experiência da mulher em tornar-se mãe, vindo a ser um exercício de independência para o psiquismo. Parir é um acontecimento psicosssexual, o qual circunda todas as dimensões: a dinâmica emocional, a motricidade, o sistema modulador de dor, a estrutura musculoesquelética, a base neuro-hormonal, os sentidos e o desenvolvimento da sexualidade. As contrações uterinas, a pelve que se abre em sua estrutura interior e o estímulo no canal vaginal são algumas das sensações levadas ao sistema nervoso central, que, diante da percepção consciente, conduz à ação psicocomportamental voltada para o trabalho de parto (BIO, 2015).

O parto é uma experiência prazerosa e cheia de desconfortos. É um atravessamento avassalador na vida da mulher, que necessitará de apoio, amor, compreensão, coragem e preparação emocional de quem a assiste e de sua própria parte (Gutman, 2021). Assim, o parto experienciado de forma positiva é um direito básico da parturiente, o qual impacta diretamente o puerpério, período importante e delicado. Maus-tratos ocorridos no trabalho de parto ocasionam marcas psicológicas e físicas na mãe e no bebê, e se não forem devidamente trabalhadas e superadas, podem permanecer por toda a vida (Balzano, 2021).

Dessa forma, os profissionais devem reconhecer o parto não só como biológico, mas como um evento biopsicossocial. Quando compreenderem as gestantes como indivíduos que têm uma história, esperanças, desejos e medos, acolhendo-as com afeto, será possível um tratamento mais humanizado. A chegada de um novo ser humano ao mundo pode ocorrer de formas muito diversas. Muitas pessoas supõem ainda que existam apenas dois tipos de parto: o parto vaginal/normal e a cesárea, porém, existem diferentes tipos de parto (Balzano, 2021). Sendo assim, cabe abordar aqui tais tipos:

**Quadro 1 - Características principais dos tipos de parto.**

<b>Tipos de parto</b>	<b>Características principais</b>
Cesárea	A cesárea é uma cirurgia de grande porte realizada por um médico obstetra. Primeiramente a mulher é conduzida ao centro cirúrgico (deixando de ser parturiente e tornando-se paciente cirúrgica), em que lhe é aplicada anestesia, ficando em decúbito dorsal com os braços presos. Uma sonda urinária é inserida, levanta-se um tecido em frente à gestante e logo a cirurgia é iniciada. O médico corta as camadas até atingir o útero, e o anestesista empurra então o ventre da parturiente enquanto o bebê é puxado pelo obstetra. Após o nascimento, a mãe apenas vê o bebê, que é levado para realizar inúmeros procedimentos. O médico fecha o corte e a mãe é levada para a sala de recuperação, onde permanecerá por algumas horas antes de ver o seu bebê novamente.
Vaginal/ Normal	Primeiramente é realizada uma avaliação de sinais vitais e exame de toque, a fim de verificar a dilatação do colo uterino. A gestante recebe ocitocina de forma intravenosa para acelerar o processo do parto. Fica deitada com as pernas elevadas e presas, para que o bebê passe pelo canal vaginal. Neste tipo de parto podem ocorrer a Manobra de Kristeller, a episiotomia e/ou o uso de fórceps. Logo após o nascimento, o cordão umbilical é cortado e o bebê passa por uma sucessão de procedimentos. O bebê fica então alguns minutos com a mãe, que é levada para uma sala de recuperação e apenas depois de aproximadamente 6 horas encontra seu bebê novamente.
Natural/ Humanizado	Aqui a mulher é a protagonista do parto; tem ao seu lado um profissional que a acompanha, cujo trabalho é fundamentado cientificamente, mas as escolhas da mãe são respeitadas. Tem liberdade para escolher onde deseja realizar o parto, a posição que acha mais confortável e quem quer que a acompanhe. Não são realizados procedimentos sem a sua aprovação, assim como não precisará desnudar-se ou privar-se de seus objetos. Poderá deixar o ambiente mais confortável com iluminação amena, música de sua preferência, uso de bola, chuveiro, banheira e entre outros. Sua doula e/ou quem a acompanha permanece com ela, dando suporte emocional e físico, encorajando, fazendo massagens e o que mais for preciso. O bebê, ao nascer, fica diretamente em contato com a mãe, que logo o amamenta; o cordão umbilical só é cortado após a pulsação cessar. Procedimentos desnecessários também não são realizados no bebê.
Parto na água	Proporcionando à gestante alívio da dor, relaxamento e favorecendo o trabalho de parto ao relaxar o períneo, reduzindo assim o risco de laceração, este tipo de parto também é benéfico ao bebê por se parecer com o líquido que o acomodava no útero. O parto na água ocorre em uma banheira com água por volta dos 36°C e na medida suficiente para envolver a barriga da gestante. Familiares podem acompanhar o parto, oferecendo suporte emocional e físico. A gestante pode utilizar-se da água em qualquer momento do trabalho de parto, podendo o bebê nascer na água ou não.
Cesárea humanizada	A cirurgia cesárea, em alguns casos, é fundamental para salvar vidas. Assim é importante tornar este momento mais humanizado, utilizando-se de alguns cuidados como: luminosidade do ambiente que seja confortável para a parturiente e equipe, música que a tranquilize, deixar seus braços soltos para que possa pegar e amamentar o bebê, permitir que, ao nascer, o bebê fique em seus braços e permaneça com ela na sala de cirurgia, na recuperação e no quarto, e conceder acompanhamento integral de alguém de sua escolha.

**Fonte: Balzano (2021)**

O parto é um acontecimento significativo na vida da mulher, cercado por muitas emoções. É um fenômeno que ocorre de forma universal, porém, as escolhas e a vivência que fazem parte do momento da parição são concernentes e singulares para cada mulher (BIO, 2015). A chegada de um novo ser é um momento de transição marcante para a mulher, que se transformará em mãe e terá seu mundo completamente modificado, repleto de emoções. Para experienciar com maior júbilo este acontecimento, faz-se necessário

realizar uma escolha consciente do tipo de parto pretendido, visando à segurança, bem-estar da família e tendo seus princípios respeitados (Diniz e Duarte, 2004).

Os bebês passam pela experiência do nascimento, já o parto é a experiência das mulheres. A falsa ideia de que mulheres são incapazes ou estão doentes levou especialistas em parto, aleitamento e gestação a quererem suprir o que se perdeu na cultura (como o ato de parir), por vezes não transmitida de forma geracional, o que em parte libertou as mulheres de tarefas que lhes eram impostas - inclusive a própria maternidade - levando-as a desempenhar novos papéis na sociedade (Iaconelli, 2012).

A assistência à parturiente se modificou com o decorrer das décadas e do avanço da ciência e da tecnologia, visando a procedimentos mais rápidos e controlados - cada vez mais intervencionistas - tendo como elemento de destaque os médicos, maioritariamente homens, assim como a medicalização do corpo (BIO, 2015).

O parto tem sido considerado um acontecimento unicamente médico e corporal, existindo um controle sobre a parturiente para que ela não seja um empecilho, de forma a se estabelecer como e quando o parto ocorrerá. Assim, na sociedade atual, as mulheres acabam por não se questionar se estão sendo protagonistas ou espectadoras de seus próprios partos, vivenciando-os íntima e profundamente ou deixando-se à mercê do que os profissionais esperavam delas, resultando por vezes num momento institucionalizado e, por isso, desumano, perdendo-se a essência de um evento amoroso, particular, íntimo, sexual e singular (Gutman, 2021).

Hoje os partos conduzidos, as anestésias e analgesias rotineiras e a pressa de todo o sistema para terminar rapidamente o trâmite (o parto) não convidam a aproveitar esse momento fundador na vida sexual das mulheres como ponto de partida para conhecer nossa verdadeira estrutura emocional, que precisamos fortalecer (Gutman, 2021, p. 43).

O parto é ainda um contexto de grande desconhecimento e pressões, assim, o melhor caminho a tomar é o da informação. Dessa forma, a mulher deve ter em vista que a gestação é um processo natural, podendo ser preparado, pensado e escolhido com tranquilidade antes e no decorrer da gestação, buscando profissionais humanizados e que possuam uma visão da parturiente como o centro do parto. Estar devidamente informada tornará o parto uma vivência enriquecedora, marcando o nascimento não apenas do filho, mas de uma nova mulher (Balzano, 2021).

## MÉTODOS

Este trabalho se caracteriza do ponto de vista de sua natureza como uma pesquisa básica, classificando-se como pesquisa descritiva. Em relação aos procedimentos técnicos, configura-se como pesquisa de campo, tendo como objetivo obter informações acerca de quais são as influências do tipo de parto no vínculo materno, observando os fatos na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que foram consideradas relevantes, para analisá-los de forma qualitativa (Prodanov e Freitas, 2013).

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética sob o número CAAE - 60481822.7.0000.5219, as pesquisadoras fizeram o recrutamento das candidatas

por meio da técnica *Snowball Sampling*, iniciando por intermédio da divulgação da pesquisa em redes sociais e por indicação de um médico ginecologista/obstetra. Assim, as candidatas interessadas entraram em contato com as pesquisadoras e estas apresentaram a elas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que tivessem a oportunidade de tirar quaisquer dúvidas, dando início à participação nos procedimentos apenas após a assinatura dos termos. Dessa forma a dinâmica consistiu em as participantes iniciais da pesquisa indicarem novas participantes, e assim sucessivamente, até termos atingido o número proposto de participantes da pesquisa (Vinuto, 2014).

O público selecionado para a pesquisa foi composto por dez mães - para cada tipo de parto foram duas participantes com idade entre 26 a 37 anos, com filho típico com idade de 6 meses a 6 anos no momento da coleta de dados, de nacionalidade brasileira, de qualquer classe ou grupo social, orientação sexual e/ou etnia, que aceitaram o disposto no TCLE. Como critério de inclusão, estabeleceu-se que fossem mulheres brasileiras com filho(a) típico; e como critério de exclusão, mulheres que não falam a língua portuguesa, mulheres que tiveram seu filho no exterior ou mulheres brasileiras que não moram em território brasileiro.

De acordo com a disponibilidade das participantes, foram realizados os agendamentos das entrevistas em locais, dias e horários favoráveis para elas, ocorrendo nove entrevistas de forma on-line e uma presencial. As entrevistas, que foram conduzidas por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado contendo 8 questões, foram realizadas entre 15 de agosto a 15 de setembro de 2022, e cada uma delas teve duração média de 30 minutos. Buscou-se um local que proporcionasse sigilo e privacidade, assim como no modelo on-line, em que a pessoa entrevistada também estava em sua residência no Paraná ou em Santa Catarina e as pesquisadoras em suas casas, no sistema de videochamada pelo *Google Meet*. Os dados foram coletados por meio de gravação e transcritos pelas pesquisadoras. Após as transcrições, as gravações foram deletadas.

A análise dos dados foi realizada pela Análise de Conteúdo, Bardin (2011) descreve que a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas para analisar a informação que está na mensagem, seja por seu significado, seja por seu significante; assim, após a transcrição da gravação, foram selecionados os textos para análise.

## **ANÁLISE DE RESULTADOS**

Após concluídas as entrevistas, foram realizadas as transcrições - que foram feitas em sua íntegra, mantendo as expressões de fala originais das entrevistadas, com os desvios gramaticais, erros de linguagem e variações. Levou-se em consideração que essas inexatidões compõem o conteúdo a ser analisado, se atendo à parte das transcrições que responderam ao problema e aos objetivos da pesquisa. Para assegurar o resguardo da identidade das participantes, foram utilizados nomes fictícios e essas escolhas foram embasadas em autoras reconhecidas por estudarem e abordarem os tipos de partos elencados neste trabalho.

## Escolha e vivência do tipo de parto

A experiência do parto é tão avassaladora que, para atravessá-la, é preciso que haja muita compreensão, apoio, preparo emocional e coragem da parturiente e de quem a acompanha. O início da formação do vínculo afetivo entre o bebê e sua mãe está diretamente ligado aos primeiros encontros desde a experiência do parto, assim, a vivência de cada parto por parte da mulher é primordial para compreender ulteriormente as dificuldades que surgirem no início do vínculo com o filho (Gutman, 2021). Dessa forma, fez-se necessário compreender como foi o processo de escolha do tipo de parto de cada uma das participantes.

**Quadro 2 - Processo de escolha do tipo de parto das participantes da pesquisa.**

Tipos de parto	Nome fictício das participantes	Escolha do tipo de parto
Cesárea	Maria (Sampaio - O Parto Anormal: Revelações de uma quase médica sobre o cenário obstétrico brasileiro)	Tinha a ideia de fazer um parto normal, sempre sonhei em fazer aquele parto humanizado, eu achava lindo e tudo mais. Mas assim, moramos num apartamento bem pequeno, então, por condições de espaço físico, a gente optou por ir deixando fluir [...] no 8º mês de gestação eu cai e fraturei o tornozelo [...] devido aos meus problemas ósseos, tinha medo de, de repente, travar no meio do parto, com pé, com bota, com muleta, com tudo; falei: “não vou dar conta” [...] no final, optamos pela cesárea, mas foi mais por estas condições físicas mesmo[...] hoje, na 2ª gestação, estamos ponderando o parto normal.
	Miriam (Castro - Resignificando-se como mulher no parto)	Sempre quis o parto natural humanizado e na 1ª gestação eu tive muito medo. Tive acompanhamento de doula, o que me ajudou muito a fortalecer [...] o médico era cesarista, descobri. Me levou durante a gestação inteira: “Não, parto normal rola, tranquilo”, mas chegando perto, falou: “vamos marcar a cesárea”, daí eu: “ah, ãn (sic), não quero” [...] tive um parto normal, que por mais tivesse placenta precoce, rolou, aconteceu tranquilo, mas no 2º parto eu tive uma cesárea de emergência.
Vaginal/ Normal	Adriana (Nogueira - A Alma do Parto: Um novo paradigma para a humanização do parto)	Os dois foram parto normal (sic), não sei, sempre senti essa vontade, acho que eu tinha um pouco de medo talvez, da cesárea. Também tem a questão da recuperação, a (sic) cesárea tem que ter muito mais cuidado, e como eu moro longe da minha mãe, não teria (sic) pessoas para ficar junto comigo, optei pelo parto normal pela recuperação, pra (sic) poder ficar mais sozinha com a criança [...] e daí optei pela questão do parto normal por ser mais natural; para a criança é melhor também.
	Andreza (Rossini - Dar à Luz - Histórias sobre partos)	Sempre tive consciência que eu queria um parto normal, acredito que nosso corpo é preparado para este momento; ficamos nove meses preparando para um parto perfeito, na medida do possível né (sic), caso acontecesse alguma coisa, estava ciente que poderia partir para a cesárea [...] realmente, virou a chavezinha que era isso que eu queria.

Tipos de parto	Nome fictício das participantes	Escolha do tipo de parto
Natural/ Humanizado	Janet (Balaskas - Parto Ativo: Guia Prático Para o Parto Natural - A História e a Filosofia de uma Revolução...)	Sempre tive muito desejo de ser mãe, de engravidar. Antes de resolver parar de tomar anticoncepcional, foi quando, numa conversa com as minhas amigas, conversando sobre vias de parto e tal, elas me apresentaram um filme. Eu já falava sobre o parto normal em si, mas não sabia de todo o contexto que ele trazia, que não era só o parto, era toda assistência e tudo mais. E aí elas me apresentaram o documentário: "O renascimento do parto"; assistimos juntas e a partir dali, falei: não, eu quero um parto normal, respeitoso, que respeitasse o combo todo: meu marido, eu e o bebê; que não era (sic) só as minhas escolhas, era o que fosse melhor para nós dois. Foi a partir daí que comecei a pesquisar sobre como era, quais eram os tipos de parto, as formas de assistência, o que cabia a nós fazer e o que não, o que eu poderia fazer para facilitar o meu trabalho de parto.
	Olívia (Hirsch - Parto Natural, Parto Humanizado: perspectivas de mulheres de camadas populares e médias)	Estudei bastante; como sou enfermeira, pude acompanhar várias gestantes, tanto quando estava no hospital quanto agora por último no alto risco [...] quando estava no hospital, eu não queria ser mãe, pelo jeito que era parir, pelo jeito que eu via as mulheres tendo, a exposição, não tendo acolhimento, não tendo aconchego, e isso foi me distanciando da maternidade. No alto risco, tive mais contato com a gestante, vi que estava sendo diferente. Conheci o doutor N., já tinha uma amiga que era doula, fui me aproximando cada vez mais e me encantei com esse mundo [...] resolvemos ter um filho e já fomos estruturando tudo: obstetra, doula, enfermeira obstétrica para acompanhar a gente, para que fosse da forma como estava imaginando na minha cabeça. Eu queria viver uma experiência positiva da maternidade, e com o parto principalmente; não queria que invadissem o meu corpo, que escolhessem sem pedir para mim, esse tipo de coisa.
Parto na água	Luciana (Benatti - Parto com amor)	Veio de uma vontade de buscar o que era melhor para minha saúde, para dar a S. [filha] e eu comecei a pesquisar sobre os tipos de parto; até que realmente, pela pesquisa, por conhecer, pela leitura, por conversar com outras mães, eu entendi que na verdade eu não ia decidir, eu ia esperar acontecer. Porque eu poderia somente ter a minha vontade, mas na verdade, se eu tivesse que fazer uma cesárea, eu tinha que estar preparada. Então eu não escolhi o parto natural. Eu digo que assim (sic): "eu tive a oportunidade e fiz acontecer, deu certo". Então eu vejo que não foi exatamente uma escolha, foi um desejo.
	Cornélia (Enning - O parto na água: Um Guia Para Pais E Parteiros)	Comecei a ouvir falar sobre o parto domiciliar, eu fiquei encantada, falei: "Nossa, um dia quando for mãe quero parir dessa forma". Então, com 25 anos eu comecei a querer ser mãe, com 26 engravidei, e aí eu já comecei a me preparar. Eu já tinha isso na minha cabeça, no meu coração, que eu queria parir em casa e no máximo um parto humanizado, caso fosse necessário ir para uma maternidade, porque eu nunca gostei do ambiente hospitalar [...] Quando eu ouvi falar do parto domiciliar, parto humanizado, que também têm várias maternidades que fazem um parto bem bonito, da forma como a mãe quer, comecei a me preparar para isso [...] na hora de parir tive as primeiras contrações, [...] era verão, só que deu uma parada nas contrações e quase dois dias de trabalho de parto desde aquela primeira dor até parir, foi um parto lindo [...] foi feito (sic) vários procedimentos naturais para estimular, de parto ativo, de caminhadas, de banho de mar, de várias coisas.



Tipos de parto	Nome fictício das participantes	Escolha do tipo de parto
Cesárea humanizada	Helaine (Ibiapina - Da autonomia privada da mulher à humanização do parto)	Comecei a sentir que talvez não seria o parto normal, porque começou um probleminha, outro e outro. Mas a doutora sempre me deixou muito tranquila, sempre falava: “O importante é você tá (sic) bem e a gente estar acompanhando o desenvolvimento do bebê”. A gente foi conduzindo tudo para ficar bem, seria o parto, digamos, normal que eu tinha escolhido; mas quando começaram algumas intercorrências e tudo mais, já estava na minha cabeça: acho que pode não dar certo, mas como eu já tinha uma cesárea anterior e foi muito tranquilo (sic), eu tava (sic) tranquila; o que mais me preocupava mesmo era (sic) os probleminhas que eu estava tendo [...] então nós tentaríamos o parto normal, mas se tivesse algum outro problema, não teria problema nenhum de (sic) ser cesárea.
	Mônica (Maia - Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional)	[...] não entrei em trabalho de parto, minha bolsa estourou, rompeu, e aí como eu não entrei em trabalho de parto, o médico não quis esperar mais de 24 horas e fez cesárea. Não estava nenhuma das duas [cesáreas] agendadas [...]. Eu queria ter parto normal, mas a minha bolsa rompeu, não tive dilatação, contração, não tive nada, mas queria ter entrado em trabalho de parto, ter o parto normal.

Fonte: Trechos retirados das entrevistas, 2022.

Essa escolha por parte da parturiente pode levar em consideração que evidência não é lei; deve-se buscar definir o que oferece menos risco e maior benefício, visto que “a mulher informada deve ter seu direito garantido, mesmo que se oponha a tudo em que acreditamos na ciência” (Rios, 2019, p. 32). Ou seja, as mulheres que realizarem uma escolha mais consciente passarão por uma vivência mais harmônica do parto, conforme aquilo que buscam. Sem questionarem de forma profunda, não há como escolher verdadeiramente, assim, acabam por não organizarem um parto mais responsável, com mais respeito e envolvimento, imaginando e esperando de forma ilusória o momento de parir.

## Influências do tipo de parto

### Apoio Familiar

No Brasil, desde os tempos coloniais, a figura paterna encontra-se distanciada da cena do parto, panorama em que a parturiente ficava em um aposento rodeada de outras mulheres de sua comunidade que a auxiliavam, enquanto o pai permanecia na sala aguardando o nascimento. Com o surgimento do parto hospitalar, o pai passa a fazer parte do parto como um discreto convidado, recebendo instruções quanto a sua paramentação e marcação do lugar onde deve ficar durante o procedimento. Já no parto vaginal hospitalar, entra para segurar a mão da mulher, a qual vê-se passiva aos procedimentos a que é submetida. “Mas isso tudo pode ser muito pior. Este parágrafo ainda descreve um cenário de privilégio, já que na imensa maioria das maternidades brasileiras a lei do acompanhante não é sequer respeitada” (Balzano, 2021, p. 176).

O apoio emocional tem o potencial de melhorar grandemente a experiência e a satisfação do tempo de parir, estando relacionado com menor risco para a mãe e para o bebê no parto, na amamentação e nas dificuldades da maternagem (Diniz e Duarte, 2004). Miriam (cesárea) trouxe em seu relato a magnitude desse apoio:

O papel do companheiro é muito importante [...] pra (sic) tudo. No 1° filho que tive parto normal, meu marido estava pleno, mas ao mesmo tempo muito atento a todo sinal; se dava um gemido maior, um grito maior, beliscava ele mais, já ficava atento para chamar as enfermeiras, tudo. O suporte para ajudar a mãe que tá (sic) trabalhando com o neném é fundamental. Até na criação, tudo precisa de suporte, é bem importante. Foi o que ajudou, meu Deus. Eu fiquei um mês e meio sem conseguir andar dos (sic) pontos na barriga, não conseguia espirrar, não conseguia. Tudo isso foi ele, ele estava fazendo comida, dando banho, trocando, para eu conseguir fazer os meus cuidados. Então acho que o companheiro é fundamental nesse processo que é passar pela gestação, parto, pós-parto, porque sozinha é barra, é barra (Miriam, cesárea).

Dessa forma, torna-se indispensável pensar essa participação como um direito da gestante. Também se faz fundamental reconhecer que existem diversos arranjos familiares, bem como respeitar o direito da mulher em ter um acompanhante de sua escolha, que poderá participar ativamente da assistência (Diniz e Duarte, 2004).

No decorrer das entrevistas, foi possível perceber um progresso neste direito da parturiente a partir dos relatos das participantes. Nesse sentido, Andreza (vaginal/normal) trouxe em sua fala que: “O C. [companheiro] todo momento (sic) esteve comigo, e agora pelo SUS o pai pode estar junto, tem divisória, o outro casal não vê.”. O que também pode ser percebido na fala de Olívia (natural/humanizado), que, além de mãe, também é profissional da área da saúde e trabalha na área da obstetrícia: “Eu acho isso um ganho muito grande para as gestantes, porque eu acompanhei muitas gestantes parindo sozinhas, no frio de um hospital, sabe? A experiência não é legal e isso afeta também o vínculo”.

A família, compreendida como um meio de pertencimento, construção de identidades, alento diante das adversidades, transformação e refazimento, independentemente de seu arranjo, é um lugar em que o parto pode ser vivenciado como um significativo ritual de passagem. Seus integrantes participam do nascimento do novo membro, assim como do renascimento da parturiente enquanto mulher, acompanhando também sua trajetória ao adentrar o mundo materno (Balzano, 2021).

Quando eu vi que rompeu a bolsa, eu: meu Deus! As meninas: que aconteceu? (sic) [...] eu falei: a mamãe vai ligar pro (sic) papai, para ele vir. Peguei o celular, ele abriu a porta [...] só gritei: vem logo, vem logo. Ele foi a mil para o quarto: Rompeu a bolsa, né? [...] [na fase expulsiva] eu travei, até agora não consigo entender o que aconteceu. Comecei a sentir uma sensação de que ia quebrar minhas costas, parecia. Eu falava: “Gente, essa dor tá (sic) terrível, não é dor do parto, do trabalho de parto, é uma dor diferente, estranha”. E o M. [companheiro] rezando. Daí ele mudou a música, colocou uma música bem especial pra (sic) gente e eu acho que fez muito sentido pro (sic) parto. Quando comecei a escutar essa música, voltei pra (sic) mim e falei: “Não, tá (sic) bem, ele vai nascer, tá (sic) nascendo, tá (sic) tudo certo”. Respirei fundo, veio duas contrações, ele nasceu [...] as meninas dormiram, elas estavam acordadas, estavam a mil que queriam viver, ver, mas elas não aguentaram [...] na hora que tava (sic) nascendo, o M. veio chamar, mas elas nem viram. Quando foi levá-las pro (sic) quarto, elas acordaram e viram que tinha nascido. Daí nossa (sic), queriam pegar, abraçar, cheirar, beijar e nunca mais largaram, são muito apegadas a ele (Janet, natural/humanizado).

Sendo esta uma experiência de grande riqueza para todos os envolvidos, suscita a importância de estabelecer uma condição física e emocional agradável para a mulher, em que o(a) acompanhante acolha e dê suporte à dupla (mãe e bebê) durante o tempo de parir. A parturiente deve, então, ter a oportunidade de estar com aqueles que fazem sentido à sua vida, os quais também devem vivenciar este momento participando ativamente.

## Atendimento Profissional

O papel do profissional é preparar um ambiente saudável e de confiança para mãe e bebê, tendo a responsabilidade de estar presente no momento certo e ajudando da maneira correta quando necessário, evitando práticas intrusivas por ansiedade da equipe. “Cada bebê e cada mãe são únicos em suas necessidades e solicitações de cuidados durante a internação em maternidade. Talvez a ansiedade dos profissionais e a falta de tempo justifiquem os procedimentos padronizados” (Coelho, 2020, p. 197). O profissional deve ser um facilitador do processo de parir, visto que o parto é um episódio natural na vida da mulher. Cornélia (parto na água) relatou o respeito da equipe por este tempo: “Sempre ouvia as parteiras falarem: quem faz o parto é a mãe e o bebê, não somos nós, a gente só assiste”.

Muitas mudanças ocorreram no decorrer do tempo no tocante ao parto, como os recursos tecnológicos. Porém, é necessária uma mudança ainda mais profunda, repensando os valores que orientam a prática dos profissionais nas suas relações com os pacientes (Diniz, 2003). Por vezes os profissionais agem de forma padronizada, sem levar em consideração a importância do momento para os envolvidos, como relatado por Maria (cesárea): “quando cheguei no centro cirúrgico, já fiquei nua, então me senti desconfortável, estava o anestesista ali, outras enfermeiras, a médica estava conversando com outra colega na porta”, complementa “claro, isso para eles é super comum [...] a gente se sente mal, desconfortável”, tanto que a mãe comenta ainda a respeito da posição do marido, o qual disse a ela que: “estava super incomodado com aquela chacoalhão (*sic*) de você, aquela manipulação estava me incomodando”.

A paciente tem direito à informação e é de se preocupar a pouca habilidade, tempo e preparo dos profissionais para conversar, explicando as hipóteses diagnósticas, dos riscos dos procedimentos ou efeitos colaterais dos remédios (Diniz, 2003). Conforme Andreza (vaginal/normal) trouxe em seu relato: “falei assim: ‘Doutor, a minha filha está bem?’ Ele olhou e falou: ‘Se ela está aqui [na Unidade de Cuidados Intermediários], ela não está bem!’ [...] o mundo caiu, sabe”. Isso retrata a falta de tato por parte do profissional. Diante do ocorrido a mãe argumenta que “entende que todo esse pessoal, além de cuidar, precisa ser cuidado, acredito que às vezes eles estão com uma sobrecarga muito grande, e às vezes numa palavra eles afetam tudo”.

Entende-se que, diante da urgência de alguns casos, os profissionais se fixem no tempo de ação. Porém, nada justifica a falta de empatia e humanização no trato com as mães no tempo de parir, momento já de tanta fragilidade por si só, em que muitas vezes a mãe está diante de um parto que não atende às suas expectativas, bem como da possibilidade da perda de um filho recém-nascido em função de complicações oriundas do parto; e momento de fragilidade também para o bebê, visto esta ser a sua primeira experiência no mundo.

Ao optar por trabalhar na área perinatal, os profissionais precisam buscar o conhecimento que a abrange, a fim de proporcionar clareza e compreensão para a mulher, seja na gestação, no parto ou no puerpério, trazendo menor ansiedade e maior tranquilidade diante do desconhecido (Moraes, 2021). Denota-se o quanto uma postura de acolhimento

e conhecimento dos procedimentos pela equipe profissional, seja ela composta por doulas, enfermeiras(os), médicas(os) ou parteiras, se torna de extrema influência no bem-estar da gestante frente ao tempo de parir e na confiança descrita pelas mães.

## Ambiente e Intervenções

Atualmente muitos procedimentos de rotina realizados nos partos estão sendo questionados, uma vez que evidências científicas revelaram que muitos deles são desnecessários, perigosos e incômodos para grande parte das mulheres. “Outros, como o uso de rotina da episiotomia, da aceleração do parto com ocitócitos e a cesárea eletiva, mostraram-se claramente danosos e devem ser prevenidos” (Diniz, 2003, p. 5).

No parto normal, com a utilização de procedimentos invasivos, as parturientes descrevem dificuldades de amamentar e segurar o bebê, causadas em parte pelo estresse, desconforto e pela liberação de adrenalina, diante da sensação de estarem sendo amedrontadas ou ameaçadas com as ações invasivas (Silva e Clapis, 2004).

[...] dilatou tudo, começou a não ter tanta contração, daí a médica falou que ia colocar ocitocina, que é uma das intervenções também [...] falei: se vai ajudar, então coloca. Ela falou da episiotomia, que ia ajudar também a nascer mais rápido, porque como ela era pequena, não poderia demorar muito. Primeiro falei não. Ela falou de novo da episio (sic), e daí fiquei com medo e acabou fazendo [...] melhorou bastante agora que fiz fisioterapia pélvica, eu senti um pouco, né, porque é uma cicatriz, até porque seria melhor a laceração do que a episio (sic), mas naquela hora ali você está meio que na pressão, não sei, eu acabei dizendo que sim (Adriana, vaginal/normal).

Na promoção de um ambiente saudável para o nascimento, destaca-se sua influência no desenvolvimento biopsicoafetivo e na construção positiva do vínculo. O ambiente hospitalar, em virtude do excesso de barulho e intervenções, pode prejudicar a formação deste vínculo, visto que tais ruídos são estimulantes constantes do sistema nervoso simpático, trazendo como consequência aumento da pressão arterial e frequência cardíaca, sendo necessário incluir práticas que minimizem os possíveis danos (Silva e Braga, 2019).

A assistência dispensada aos neonatos e puérperas são elementos importantes para a vinculação mãe-bebê. No ambiente familiar ou hospitalar, ressalta-se que uma assistência adequada culmina em benefícios à saúde física e psicológica de ambos; a permanência do bebê com a mãe nas primeiras horas pós-parto é fundamental para a geração de vínculo (Silva e Leite, 2020). A assistência com o mínimo de intervenções e com um ambiente propício para a mãe e para o bebê foi observada no relato de algumas das participantes:

Desde o início estavam me acompanhando com práticas integrativas, seja na banheira, com aromaterapia, com massagem, então foram 8 horas, mas parece que foi 1 hora [...] como a equipe obstétrica parte do princípio do fisiológico, natural, tem um mínimo de intervenção possível. Elas respeitam muito o tempo da gestante, do parto, para que ele aconteça naturalmente, para que o próprio corpo da mulher responda naturalmente. Não existe exame de toque, existe o monitoramento da barriga para ver o batimento cardíaco, mas algo realmente que não invade. Então eu tava (sic) ali para ir para a banheira ou ficar deitada, estava na bola, depois ia para o chuveiro e assim foi indo por quase oito horas consecutivas. Quando me dei conta já era cedo, já era de manhã. Eu dormia a cada contração, sentada na bola principalmente, e eu relaxava [...] é um protocolo do parto humanizado, depois que o bebê nasce, ele já vem para o peito da mãe (Luciana, parto na água).

Compreende-se, assim, que toda facilidade ambiental deve ser oferecida à parturiente, visto que quanto menos intrusivo, mais viável este momento se torna. Também é necessário que a mãe possa oferecer colo ao recém-nascido independentemente do tipo de parto realizado e da situação clínica sua e do seu bebê. Mormente, abordar-se-á, a partir de então, vínculo e apego seguro.

## Vínculo e apego

Os seres humanos, em comparação a outros animais, são considerados prematuros ao nascerem; por esta razão, necessitam vivenciar os primeiros meses após o nascimento como se estivessem dentro do útero da mãe, mantendo contato com um corpo que os protege e abriga, proporcionando assim confiança e segurança. Este período é chamado de exterogestação. A relação extrauterina entre mãe e filho começa a ser construída neste momento, em que o corpo da mãe se comunica com o do recém-nascido, o qual expressa suas necessidades através do choro, buscando conforto; ao ser atendido pela mãe, sente-se protegido, desenvolvendo um apego seguro e tornando-se mais tranquilo (Perim, 2021).

Relatou Adriana (vaginal/normal) a respeito desse momento: “mas ali na hora que você vê e a criança já para de chorar por estar pertinho, você sabe que ela já te conhece, sabe que você vai ficar ali para o resto da vida, bem grudadinho”. Ademais, Helaine (cesárea humanizado) também relatou que “quando você pega no colo [...] e o bebê para de chorar, às vezes, só aquele cheirinho da mãe já é o suficiente”.

Desde os primeiros momentos, o recém-nascido começa a formar os sistemas que mediarão sua forma de apego com determinadas figuras e que perdurarão por toda a vida. Ao nascer, o bebê encontra-se equipado por um sistema sensorial em funcionamento, uma tendência intensa em responder a estímulos humanos, e aos poucos vai apresentando uma preferência pela voz e cheiro da mãe (Bowlby, 2002).

Para que os bebês se convertam, finalmente, em adultos saudáveis, em indivíduos independentes, mas socialmente preocupados, dependem totalmente de que lhes seja dado um bom princípio, o qual está assegurado, na natureza, pela existência de um vínculo entre a mãe e o seu bebê: amor é o nome desse vínculo (Winnicott, 1978, p. 17).

Ao descrever a sensação de ver o filho pela primeira vez, Miriam (cesárea) relata: “do primeiro, falei: nossa isso é muito novo, tipo aquele amor à primeira vista”. Já ao vivenciar o nascimento do segundo filho, menciona: “tive a sensação de que eu já conhecia ele, [...] foi tipo: nossa, cara (*sic*), estamos aqui de novo. Agora eu sou tua mãe, agora você tem que me aguentar”. Cabe mencionar que seu primeiro parto foi vaginal/normal e o segundo foi cesárea.

A construção do vínculo, ou seja, a busca por proteção, segurança e sobrevivência para além das necessidades físicas básicas, inicia-se nos anos iniciais da vida, sendo um fator importante para a construção de uma saúde mental, física e emocional de qualidade. O apego é inato ao ser humano, é uma necessidade básica de estabelecer vínculo, de estar próximo instintivamente de seu cuidador principal e de manter contato físico com quem lhe represente segurança (Franco, 2020). Mônica (cesárea humanizada) explana que o “vínculo de mãe e bebê é uma coisa que a gente até não tem palavra, é uma coisa que a gente sente, talvez o cheiro, a criança sinta o cheiro, esse aconchego, o carinho, a voz”.

A construção do vínculo perpassa a realidade do parto, como relatado por Miriam (cesárea): “é uma coisa que (*sic*) lido hoje, que eu tenho muito medo, não medo [...] sou muito insegura com ele; então eu fico de olho, em cima dele para ver se não está se machucando” e afirma que “em compensação, durante a gestação eu tive muita, muita conexão com ele. Mas a questão do parto e pós-parto, né, que é uma coisa que eu sinto que eu devo pra (*sic*) ele até, sabe? Os primeiros 15 dias de vida dele eu não estava com ele [...] é diferente”.

O comportamento de apego é acompanhado de fortes emoções, nem sempre satisfatórias. A troca afetiva entre mãe-bebê é agradável para ambos e auxilia o desenvolvimento do apego, em contrapartida, a rejeição e a distância entre o par são dolorosas e desagradáveis. Ao estar diante da figura de apego, a criança passa a sentir-se tranquila e segura, porém, caso vivencie uma ameaça de perda ou uma perda real, pode apresentar ansiedade, profunda tristeza e até cólera. Assim, quando a relação entre a díade transcorre de forma normal, seus integrantes expressam prazer na afeição e companhia um do outro; já quando esta relação apresenta um conflito, podem ocorrer ansiedade e tristezas intensas, denotando uma condição patológica (Bowlby, 2002).

Eu senti que precisava retornar para o meu corpo, assim, fora de mim, não era esperado. Era um sentimento totalmente que eu nunca tinha sentido, então eu fiquei bem surpresa, encantada com aquele momento. Eu acho que é amor, entendo que é o amor. Tanto para a mãe quanto para a criança, não é só fisiológico, não é simplesmente um evento fisiológico, é algo além. [...] É mais especial do que a própria biologia. Acredito que o vínculo entre mãe e o bebê é amor. [...] Então, sim, senti sim afeto logo que ela nasceu, no parto, porque é uma experiência muito bonita, né? É forte e é dolorida. Então eu acho que a gente fica bem à flor da pele, logo que nasce; uma coisa é a gente completar esse amor ao longo do tempo, mas é um sentimento bem forte quando nasce (Luciana, parto na água).

Avinculação materna é gradual, acontecendo no envolvimento afetivo da díade (mãe-bebê), que leva em consideração certas competências do bebê em participar da ligação afetiva e o interesse da mãe em conhecê-lo. Caracterizado pela dimensão de comportamentos, sentimentos e emoções, o vínculo pode levar ao desenvolvimento biopsicoafetivo saudável. Levando em conta que o puerpério é um período crítico do desenvolvimento do apego, que passa a ser vivido inicialmente por grande parte das mulheres dentro do ambiente hospitalar, destaca-se a necessidade de ações de humanização no atendimento (Silva e Braga, 2019).

[...] tá ali nove meses na sua barriga, você conversa, sente chutar, a L. eu não sentia, não senti ela se mexer, não tinha essa sensibilidade, e parece que não era real [...] eu vivenciei a gravidez em segundos, eu falei assim: “aconteceu, eu agora finalmente sou mãe” quando eu peguei ela no colo; mas não é “meu Deus, que maravilhoso”. Eu não consegui me sentir assim, porque tinha um monte de coisas acontecendo, não conseguia me ligar imediatamente a ela, e não por falta de amor, porque eu queria amá-la, mas eu não conseguia fazer muitas coisas (Maria, cesárea).

A necessidade da humanização deste momento, principalmente no ambiente hospitalar, visto que é por si só um ambiente hostil, também foi identificada na fala da participante Mirian (cesárea): “Durante esse processo, eu lido até hoje com isso, porque eu me vi morrendo, eu me vi naquela maca, balançando naquela maca. E como foi muito tempo, eu meio que desmaiava e voltava, porque era muito pesado, pesado mesmo, sabe?” A participante também relatou a sensação dela e de seu companheiro diante deste momento:

[...] estava todo mundo em desespero, então era aquele silêncio amedrontador. Meu marido estava desesperado, não sabia se ia me perder, se ia perder neném, foi a pior experiência da vida dele, coitado. Ele foi sair para vomitar, ele não estava aguentando ficar, ficou junto comigo e falou: “eu preciso muito tomar um ar”, só que eu falei: “eu também preciso, eu também, me leva junto.” (MIRIAM, cesárea).

A cultura social, em geral, propicia uma romantização do parto, em que a mãe é impelida a amar o filho desde o primeiro contato, no entanto este sentimento é construído na relação. Dessa forma, fala-se aqui de pessoas reais, com suas subjetividades e que diante dos desafios reagem de forma diferente à dor, ao desconforto ou à quebra do modelo idealizado. Ao se deparar com a vivência real do parto, a parturiente pode apresentar um estranhamento de suas emoções e sentimentos, que se apresentam diferentes de tudo aquilo que imaginava a respeito do tempo de parir, e acaba por vezes se culpando por não atingir tais expectativas.

As expectativas sobre o parto são cercadas de fantasias de um momento perfeito e um vínculo que se constitui como amor genuíno, porém, a maternagem é algo construído durante a existência enquanto filhas, mulheres e mães, que perpassa pela realização do ser mãe, de acalentar, amamentar, aconchegar e cuidar daquele novo ser que habita o mundo, principalmente nas primeiras horas pós-parto. Por este motivo, a experiência na *golden hour* tem importância destacada na formação do vínculo.

### Golden hour

A chamada hora dourada (*Golden Hour*) - primeira hora após o parto - se resplandece pelo contato entre a díade, com a natureza instintual propícia para a construção da relação de apego. Ao longo da relação, o vínculo pode ser construído, porém, por vezes o nascimento apresenta efeitos terapêuticos profundos, por meio da reparação e da identificação, vindo a recuperar experiências emocionais frustrantes, ainda que precoces (Moraes, 2021).

Indescritível! É incrível de tu ver (sic), tu pariu (sic) teu filho e tu já pegar (sic) ele no colo, no teu ambiente, teu quarto e com as pessoas que você escolheu que tivessem presente, né? Com a música que você gosta e já poder dar de mamar. Esperar, deixar o cordão, até parar de pulsar pra (sic) poder cortar. Então é uma experiência incrível, né? Um milagre da vida, da natureza, assim. E entender literalmente como que é, né, esse portal (Cornélia, parto na água).

Essas primeiras horas do nascimento são consideradas um período sensitivo para mãe e bebê. O aceleração na assistência ao parto, por vezes, gera a dificuldade do primeiro olhar para o bebê, em alguns casos durando somente alguns segundos; assim, o manejo poderá afetar o desempenho maternal (Silva e Clapis, 2004). A importância de encontrar este remanso pode ser observada na fala da participante Janet (natural/humanizado), a qual relatou a sensação sentida ao pegar sua filha pela primeira vez: “Quando ela veio para o meu corpo, aquele corpinho quentinho, aquele cheirinho que é inexplicável”. Ela mencionou também a respeito do aceleração do processo, em que é possível perceber a necessidade de se respeitar este tempo inicial:

[...] já arrumaram para ela mamar, mas no hospital, por mais que respeitem essa primeira hora, é um pouco mais rápido. [...] ela ficou um pouco no colo, mamou um pouco, mas ele [médico] já falou: olha, a gente precisa pesar. Já pegaram ela para pesar. Tudo a gente ali junto e meu marido acompanhando, mas vejo muita diferença disso, de um pro (sic) outro, porque com a M., que foi em casa, foi totalmente diferente. Foi aquela coisa: agora você pode relaxar! Ela ficou duas horas no meu colo, não tiraram ela, vieram tudo no meu colo (Janet, natural/humanizado).

Durante as entrevistas, foi possível identificar que o tipo de parto experienciado por cada mãe teve reflexos na vivência da *golden hour*. Assim, se percebeu como fundamental ter um manejo humanizado neste primeiro momento, proporcionando o contato prolongado entre mãe-bebê e levando em conta as suas necessidades, para o aconchego do recém-nascido e a construção do vínculo maternal.

Os reflexos do tipo de parto nos momentos iniciais foram relatados por Miriam (cesárea): “do primeiro, do parto normal, foi mágico. Ele foi pro (*sic*) peito, eu tava (*sic*) apaixonada, saiu de mim e veio para o colo; é aquele amor avassalador, sabe? É amor à primeira vista, nunca achei que sentiria isso”, já com o segundo filho (cesárea), em função da anestesia, ela descreveu a sensação que sentiu: “a hora que ele nasceu, parecia que eu estava muito drogada [...] sem conseguir entender o que estava acontecendo ali”; explica que “botaram ele com o rostinho com o meu assim, mas eu só lembro de [pensar]: Está aqui! Está vivo! Mas eu não tive essa [sensação positiva esperada], sabe? Nem alívio.”

Ao aconchegar o recém-nascido, a mãe, por meio do amparo oferecido por seu corpo, suscita respostas reflexas no bebê, que o orientam em direção a ela. Neste momento ele também tem a oportunidade de olhá-la e usar seu corpo para aproximar-se dela. Quanto maior for a experimentação entre o par, mais fortalecida será a resposta de interação (Bowlby, 2002), como pode ser percebido na fala de Olívia (natural/humanizado): “foi maravilhosa, o doutor acolheu meu filho quando ele nasceu e já deu para mim, eu fiquei o tempo todo grudadinha com ele; ele mamou na *golden hour*, foi bem gostoso” e complementa que “foi esse pele a pele, foi bem gostoso, a gente sentindo um ao outro, eu escutando aquele chorinho que logo foi se acalmando, foi se acolhendo no meu colo”.

A hora dourada nem sempre se apresenta de forma positiva, tendo em vista que pode ser afetada por complicações relacionadas ao parto, que acabam por interferir neste valioso primeiro contato. Assim, faz-se necessário um olhar humanizado, buscando proporcionar um espaço favorável para a construção de um apego seguro entre mãe e filho.

## Amamentação

Os bebês, ao nascerem, possuem um acentuado instinto de sucção. Dessa forma, proporcionar a amamentação logo após o nascimento auxiliará no êxito do aleitamento materno. Este contato entre mãe e bebê, pele a pele, desencadeará uma sucessão de episódios hormonais relevantes tanto para a construção da relação, conexão e vínculo entre mãe-bebê, como para a produção e descida do leite, para diminuir a ansiedade da mãe e proporcionar a ela responsividade social, aconchego, confiança e calma (Balzano, 2021).

[...] a gente fica mais acelerada, mas ao mesmo tempo, nossa, não tem explicação o sentimento de você ter tudo o que você precisa ali no seu colo, é, meu Deus! É demais! E o chorinho e a forma que eles estão chorando, daí vem, se aconchega e vai acalmando o choro, sabe? Por mais que ela ainda chorava, era um choro mais contidinho (*sic*), mais: estou aqui, né? No meu porto seguro. [...] E eu amamentei as duas ainda [...], eu amamentei, durante a gestação da M., a B., não parei [...] E aí quando a M. nasceu, todos os médicos falavam: “Olha, vai ser colostro, vai ser tudo normal e tal”, mas enquanto a gente não vê, a gente não acredita, né? Aí eu vi e, nossa, veio colostro tudo (*sic*), como se fosse uma primeira amamentação sabe? Muito incrível. Muito incrível (Janet, natural/humanizado).



O contato logo após o parto é a efetivação da interação que se iniciou na fase intrauterina do bebê, vindo a fortalecer o vínculo pré-existente e solidificar o desejo materno de amamentar e cuidar (Silva e Clapis, 2004).

[...] teve também a questão que eles não tinham o meu exame de HIV; a pediatra disse que só ia liberar o aleitamento materno quando viesse o resultado e falaram que ia ser teste rápido, mas ela deixou ela um dia com fórmula infantil, disse que não podia liberar, então ela não mamou no primeiro dia e era o que eu mais queria, já pegar ela na hora e colocar no peito [...] ela não ter mamado no peito, no começo ali, fiquei bem nervosa, eu queria dar o peito escondido lá dentro do hospital, meu marido não deixou (Adriana, vaginal/normal).

Essa experiência inicial foi trazida pelas participantes como demasiadamente esperada, em que relataram ser um tempo de muita proximidade, de acolhimento e de encontro entre a mãe e seu filho. Algumas das mães entrevistadas falaram também a respeito das incertezas, preocupações e dúvidas que tiveram neste período.

O bebê, por meio do contato pele a pele e da troca de afetos transmitidos pelo olhar e pelos movimentos rítmicos proporcionados pela amamentação, sente segurança e uma sensação de retorno ao corpo materno. Este vínculo auxilia o desenvolvimento e a estruturação do sujeito, propiciando a continuação entre a vida intra e extrauterina, em que o seio materno se torna um substituto simbólico da placenta e do cordão umbilical (Moraes, 2021). Com relação a este primeiro contato e sua função, a participante Cornélia (parto na água) trouxe em seu relato que: “ele nasce alimentado; enquanto está com o cordão, ele está sendo alimentado pelo sangue, então não é que ele nasce esfomeado. A gente fica naquela curtição com o bebê, no colo e tudo, e depois a gente começa a trabalhar a pega, né?”

Foi possível observar que todas as participantes da pesquisa, ao descreverem a respeito da amamentação, relacionaram-na com a formação inicial do vínculo materno entre mãe e bebê, sendo esta a função do aleitamento materno mais destacada por elas. Em seus relatos, trouxeram que a amamentação teve grande influência para a construção do vínculo, favorecendo-a ou dificultando-a, dependendo da forma como foi experienciada.

Grande parte das entrevistadas descreveram o primeiro momento da amamentação como algo muito natural, como visto no relato de Maria (cesárea): “ela veio para a amamentação, foi bem natural [...] eu falei: O leite tá aqui, eu tô (*sic*) aqui, eu sou a sua mãe, você é minha filha, a gente está vivendo isso agora juntas, vamos descobrir juntas”. Outras, entretanto, relataram a dificuldade no aleitamento materno, trazendo o entendimento de que este fenômeno, considerado por vezes apenas instintivo e natural, é, na realidade, psicossociocultural.

Em alguns partos, nos quais ocorrem procedimentos invasivos, percebem-se as dificuldades em aleitar e segurar o bebê, causadas pelo estresse, pelo desconforto e pela liberação de adrenalina diante da sensação de estar sendo amedrontada ou ameaçada (Silva e Clapis, 2004). Conhecida como o hormônio da energia, da excitação, do estresse e do medo, a adrenalina, quando liberada naturalmente na fase expulsiva do parto, momento em que a dilatação se completa e a parturiente sente a necessidade de empurrar o bebê, auxilia na ejeção deste. Porém, quando liberada no trabalho de parto, desencadeia um círculo vicioso de medo-tensão-dor, prejudicando o vínculo e a amamentação (Balzano, 2021).

[...] tentaram dar o meu peito para o neném mamar, mas eu tive muitos pontos, eu não consegui amamentar normal, né? Tentaram me virar de lado, mas pensa, foram 180 pontos na barriga. Eu não consegui amamentar, então, eu não tive... não tive nem reação e nem movimento mesmo, por conta da raquidiana e das anestésias que eu estava recebendo [de forma intravenosa] (Miriam, cesárea).

O aleitamento materno é um momento único, todavia, quando a amamentação não pode ocorrer, o olhar para o bebê, o colo, o carinho e sua inserção no espaço psíquico dos cuidadores, têm o potencial de garantir o respeito à subjetividade deste (Moraes, 2021).

Desse modo, um menor número de procedimentos durante o parto, o cuidado humanizado com a mãe e o bebê, assim como o fato de priorizar a mulher como protagonista do seu parto, viabilizam que ela esteja mais disposta física e emocionalmente a vivenciar esse momento logo após o trabalho de parto. Destaca-se, ainda, que preparar-se por meio de informações, para experienciar a amamentação, parece tornar a realidade dessa etapa mais agradável, positiva e menos estressante, gerando assim uma melhor qualidade da pega, um prolongamento do tempo no decurso do aleitamento e uma maior disponibilidade por parte da mãe, contribuindo para a construção do vínculo materno.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer das entrevistas, ficou evidente que quando as mães buscaram fazer uma escolha do tipo de parto mais consciente, com informações, e questionando os profissionais que atuariam em seus partos, apresentaram uma vivência mais harmônica do tempo de parir. As mães que contaram com uma rede de apoio também tiveram uma relação mais satisfatória deste tempo de parto, apresentando menores dificuldades com a maternagem. Dessa forma, identificou-se a importância de respeitar o desejo da gestante em poder contar com um acompanhante de sua escolha, uma vez que estar sozinha, segundo as participantes, afeta a geração de vínculo com o bebê.

No tocante a já se sentir mãe antes do parto, das dez participantes, sete afirmaram que já se sentiam, sendo que a participante Andreza (vaginal/normal) alegou que tal fato se dava por já ter passado por duas gestações. Entre as participantes que afirmaram que não se sentiam mães antes do parto, a participante Maria (cesárea), a qual gestava o segundo filho, descreveu: “diferente de como era a primeira [gestação], me sinto mais mãe sim”.

Decerto, a empatia dos profissionais ao assessorar o parto foram destacadas como ponto fundamental para assegurar que intervenções desnecessárias não fossem utilizadas, por se apresentarem como danosas, em especial à *golden hour*. Destaca-se a importância de a mãe oferecer o colo independentemente da situação clínica, e que procedimentos intrusivos chegam a dificultar a amamentação e o contato com o bebê. Como observado, as mães pesquisadas demonstraram uma imensa vontade e expectativas de amamentar, em que várias delas destacaram a importância de estudar e se preparar para este momento.

Diante do exposto, ao investigar o quanto o tipo de parto influencia no vínculo mãe-bebê, por ser uma construção biopsicossocial significativa para o desenvolvimento do vínculo materno, reconheceu-se a necessidade de que profissionais humanizados tenham na sua formação e atuação a visão da parturiente-bebê como o centro do parto, tornando-se evidente que priorizar a mulher como protagonista do seu parto é algo a ser conquistado.

Vivendo em uma cultura que tornou o nascimento um ato médico, com definição de data, momento e forma de nascer, a pesquisa evidencia que as mulheres buscam ser acolhidas, respeitadas e acima de tudo reconhecidas como detentoras das decisões do seu tempo de parir, que se estabelece desde os pródromos do trabalho de parto até o fim do puerpério, proporcionando, assim, melhores condições para o desenvolvimento do vínculo materno, para que se tenha também a possibilidade de haver pessoas mais saudáveis emocionalmente vivendo na sociedade, pois que enquanto bebês puderam experimentar um apego seguro e um vínculo profundo.

Ao se elencar a influência dos tipos de parto na construção do vínculo e apego mãe-bebê durante o tempo de parir, constataram-se as repercussões emocionais. As mães que realizaram cesáreas relataram que as dificuldades relacionadas ao pós-operatório afetaram de forma significativa o vínculo materno. As mães que realizaram o parto normal no hospital também relataram as dificuldades no primeiro contato com o bebê, relacionadas ao manejo dos profissionais.

Levando em consideração a subjetividade de cada participante, observou-se, em contrapartida, que as mães que tiveram o parto na água relataram que foi um momento dolorido, porém tranquilo, em que o primeiro contato e o vínculo descrito como amor foram facilitados, o que também foi exposto pelas mães de parto natural/humanizado, evidenciando que todas tiveram facilidade com a amamentação. Ficou evidente também que a cesárea humanizada não deixa de ser uma cirurgia, com riscos e necessidades de manejo, porém respeitando a *golden hour*. Cabe salientar que Mônica (cesárea humanizada) elucidou que “tem essa diferença, acho que a criança tem o tempo certo dela (*sic*) nascer, ela já vem preparada, já vem prontinha, muito mais fácil da (*sic*) gente cuidar”, se referindo à importância de esperar o tempo de nascer do bebê.

Assim, foi constatado que partos com menores intervenções contribuíram para o primeiro contato mãe-bebê após o nascimento, pois as mães afirmaram não sentir desconforto ou dor. Este contato logo ao nascer foi a efetivação da interação que se iniciou de forma intrauterina, vindo a fortalecer um vínculo pré-existente e solidificar o desejo materno de amamentar e cuidar. Destaca-se também a importância de proporcionar apoio familiar, ambiente propício, humanização por parte da equipe, bem-estar à parturiente e respeito à *golden hour* durante o tempo de parir.

No intuito de sugerir que novos estudos sejam realizados, levando em consideração a Psicologia e sua evolução como ciência, sugere-se que seja realizada a mesma pesquisa com mães de crianças atípicas e/ou com mães que passaram pelo processo de adoção - que não deixa de ser uma forma de passar pelo tempo de parir - ou também apresentar uma visão dos pais diante da importância da vivência do tempo de parir para a construção da paternidade e de seu vínculo com o bebê.

## REFERÊNCIAS

BALZANO, C. **O parto é da mulher!** Guia de preparação para um parto feliz. Belo Horizonte: Gutenberg, 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BIO, E. **O corpo no trabalho de parto**: o resgate do processo natural de nascimento. São Paulo: Summus, 2015.

BOWLBY, J. **Apego**: a natureza do vínculo. Vol. 1 da trilogia APEGO E PERDA. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

COELHO, R. da S. **A experiência do nascimento na obra de D.W. Winnicott**: Teoria e prática em maternidade. Minas Gerais: Artesã Editora, 2020.

DINIZ, C. S. G. **O que nós como profissionais da saúde podemos fazer para promover os direitos humanos da mulher na gravidez e no parto**. 2.ed. Cartilha: Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, 2003.

DINIZ, S. G., DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea**: o que toda mulher deve saber (e todo homem também). São Paulo: UNESP, 2004.

FRANCO, J. **O poder do apego**: como construir uma base segura e garantir saúde física, mental e emocional para seu filho. São Paulo: Skoobooks, 2020.

GUTMAN, L. **A maternidade e o encontro com a sombra**: o resgate do relacionamento entre mães e filhos. 21. ed. Rio de Janeiro: Bestseller, 2021.

IACONELLI, V. **Mal-estar na maternidade**: do infanticídio a função materna. 2012. Tese (Doutorado Universidade de São Paulo Instituto de Psicologia). Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2012.

MORAES, M. H. C. de. **Psicologia e psicopatologia perinatal**: sobre o (re)nascimento psíquico. Curitiba: Appris, 2021.

PERIM, N. **Educar sem pirar**: guia prático da psimama para descomplicar a vida com filhos. 1. ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2021.

PRODANOV, C. C., FREITAS, E. C. de. **Metodologia do Trabalho Científico**: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIOS, M. **Do caos ao instinto**: é preciso coragem para se conectar com seu filho. São Paulo: Skoobooks, 2019.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE. **Painel de monitoramento de nascidos vivos**. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>> Acesso em: 10 de mar. 2022.

SILVA, B. A. A. da, BRAGA, L. P. **Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar**: uma revisão integrativa. Rev. SBPH, São Paulo, v.22, n. 1, jan./jun., 2019. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000100014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100014)> Acesso em: 10 de abr. 2022.

SILVA, L. M. da, CLAPIS, M. J. **Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto**. ACTA Paul. Enf. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 286-291, 2004.

SILVA, T. A. G. da, LEITE, M. F. **Vínculo afetivo materno**: processo fundamental para o desenvolvimento infantil uma revisão de literatura. SALUSVITA, Bauru, v. 39, n. 1, p. 277-295, 2020. Disponível em: < [https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v39\\_n1\\_2020/salusvita\\_v39\\_n1\\_2020\\_art\\_19.pdf](https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v39_n1_2020/salusvita_v39_n1_2020_art_19.pdf) > Acesso em: 06 de abr. 2022.

VINUTO, J. **A amostra em bola de neve na pesquisa qualitativa**: um debate em aberto. Rev. Temáticas, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez., 2014. Disponível em:< <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>> Acesso em: 26 de abr. 2022.

WINNICOTT, D. W. (1978). **A criança e o seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1982.

# Estudos da subjetividade e fundamentos epistemológicos: críticas descoloniais aos referenciais teórico-metodológicos clássicos da formação em psicologia

**Arthur Silva de Andrade**

*Docente e supervisor clínico do curso de Psicologia do Centro Universitário Estácio do Recife, mestrando em educação pela Universidade Federal de Pernambuco*

**Ana Clara de Lima Gabriel**

*Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Estácio do Recife*

**Maria Eduarda Paiva dos Santos**

*Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Estácio do Recife*

**Maria Eduarda da Silva Santos**

*Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Estácio do Recife*

**Maria Eduarda da Silva Mesquita**

*Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Estácio do Recife*

**Ridelly Evelin Tavares de Souza**

*Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Estácio do Recife*

**Maria Luiza Cavalcanti de Barros Silva**

*Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Estácio do Recife*

## RESUMO

A justificativa para a produção deste ensaio parte centralmente da necessidade de revisar as matrizes clássicas dos estudos da subjetividade, pois concebe-se que os seus tradicionais fundamentos epistemológicos representam hegemonicamente a questão do conhecimento científico e da definição de objeto da disciplina psicológica que se desdobram até os dias atuais e reverberam em todo o seu processo formativo, engendrando formas de ser e estar no mundo associadas a uma noção advinda de modernidade/colonialidade, o que reverbera diretamente nas noções de saúde e doença. Desta forma, é buscado analisar de forma crítica o seu contexto sócio-histórico e seus embates filosóficos permitindo assim repensar os seus fundamentos históricos que reverberam delimitando o método e aplicação da psicologia enquanto práxis. Isto posto, o propósito principal deste ensaio é provocar desdobramentos críticos descoloniais sobre os fundamentos epistemológicos que compõem o objeto, método e aplicação da psicologia enquanto área de estudo da subjetividade. Portanto, enquanto objetivo geral deste ensaio acadêmico, foi buscado: repensar os fundamentos epistemológicos da psicologia por uma perspectiva crítica descolonial para compreender a sua construção histórica de objeto, método e aplicação. Ainda, enquanto objetivos específicos, foi buscado:

*Bem-estar e qualidade de vida: prevenção, intervenção e inovações - Vol. 5*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.311.6



1. Apresentar a história da psicologia em seus viesamentos clássicos e 2. Tecer concepções críticas descoloniais a partir da história da psicologia elevando as suas repercussões formativas. Em suma, a metodologia deste estudo parte de uma perspectiva de revisão bibliográfica de caráter crítico-reflexivo.

**Palavras-chave:** fundamentos epistemológicos; descolonialidade; formação; psicologia.

## ABSTRACT

The justification for the production of this centrally part of the need to review the classic subjects of subject studies, but it is conceivable that our traditional foundations of epistemology represent hegemonically in the quest for scientific understanding and the definition of the object of the discipline the psychological that unfold until, on our days and reverberations in all of our formatting processes, it generates forms of earth and earth associated with our modernity/coloniality, or which will reverberate directly into our lives and things. This form, we analyze the critical form in its socio-historical context and its philosophical frameworks allow us to rethink our historical foundations that reverberate the limits of the method and application of psychology to the praxis. This is the post, the main proposition of this essay is to provoke the critical decolonization of the epistemological foundations that compose the object, method and application of psychology in the area of study of subjectivity. Therefore, as the general objective of this academic essay, the following was sought: rethinking the fundamentals of epistemology of psychology by a decolonial critical perspective to understand its historical construction of object, method and application. Furthermore, as specific objectives, the following were sought: 1. Present the history of psychology in its classic elements and 2. Weave descolonial critical conceptions of the history of psychology, elevating its formative repercussions. In sum, a methodology of this study starts from a perspective of bibliographic review of critical-reflective character.

**Palavras-chave:** epistemological foundations; descoloniality; training; psychology.

## INTRODUÇÃO

Em linhas iniciais, destaca-se que o referido estudo foi cocriado através do esforço coletivo entre professor-orientador e monitoras durante os estudos teóricos e prática docente em contexto de monitoria acadêmica, sendo referente a disciplina de História da Psicologia, matéria introdutória da graduação em Psicologia mediante as *Diretrizes Curriculares Nacionais pelo Ministério da Educação do Brasil* (Resolução CNE/CES Nº 1, de 11 de outubro de 2023) a qual destaca em seu Art. 2º sobre os valores, princípios e compromissos:

[...] II - Reconhecimento da diversidade de perspectivas epistemológicas e teórico-metodológicas necessárias para a compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com os campos de conhecimento que permitam apreender a complexidade e a multideterminação do fenômeno psicológico e III - Compreensão crítica dos fenômenos históricos, sociais, econômicos, culturais e políticos de um mundo em processo crescente de globalização, considerando a diversidade regional do país, sua inserção na América Latina e na comunidade de países de língua portuguesa [...].

A partir disso, inaugura-se o problema central desta investigação, sendo ele: mesmo mediante publicação de caráter oficial das *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia* em reconhecer a necessidade da diversidade de perspectivas epistemológicas e teórico-metodológicas necessárias para a compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com os campos de conhecimento que permitam apreender a complexidade e a multideterminação do fenômeno psicológico; logo, quais as repercussões dos referenciais clássicos ainda presentes enquanto fundamentos da história da psicologia na própria formação em psicologia? extensivamente, quais as repercussões da própria colonialidade na formação em psicologia?

Isto posto, verificou-se a necessidade de problematizar os fundamentos epistemológicos da psicologia enquanto categoria científica, pois foi percebido durante as discussões tecidas durante a supracitada monitoria que os seus fundamentos históricos são expressivamente compostos pela lógica da colonialidade, portanto, pressupostos e teorias eurocentradas (Mignolo, 2008). Por isso, desdobra-se neste estudo o reconhecimento das relações de poder estabelecidas e sustentadas desde a Modernidade, em especial do cartesianismo/positivismo, desta forma, sendo possível compreender como elas se adaptaram às transformações e mudanças da sociedade mundial, por isso sendo adotada no estudo uma perspectiva crítica de base descolonial (Bernardino-Costa; Maldonado-Torres e Grosfoguel, 2018).

Desta forma, propõe-se realizar um movimento de reforçar a atitude de reconhecer a diversidade de perspectivas epistemológicas e teórico-metodológicas necessárias para a compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com os campos de conhecimento que permitam apreender a complexidade e a multideterminação do fenômeno psicológico, mesmo se tratando de uma disciplina de história, destacando a necessidade de estudá-la por uma perspectiva crítica descolonial, servindo também para a posição docente, sendo de extrema importância, a partir do tecido neste estudo, a sua postura crítica em sala de aula. Assim, se conseguindo expandir a psicologia enquanto área do conhecimento, visto a importância que essa prática repercute na formação em psicologia, sendo possível repensar o objeto, método e aplicação da psicologia enquanto área de estudo da subjetividade em sentidos mais amplos, descolada dos pressupostos racionalistas ocidentais.

A modernidade ocidental é caracterizada fundamentalmente pelo advento da racionalização, tendência essa em nossa concepção enquanto institucionalizadora de modelos cognitivo de existência e de conhecimento, desdobramentos esses que decorrem desde as colônias europeias e sua relação de dominação direta, política, social e cultural dos europeus (colonialismo) e bem como a continuidade dos empreendimentos coloniais em detrimento ao neoliberalismo (colonialidade), deixando em esquecimento outras formas de ser/saber, presentes no composto bio-psico-social-espiritual, sendo atualmente compilado tudo isso em um único aspecto cognitivo, o que gera o que chamamos de psicologismo (Mignolo, 2017).

Isto posto, a noção da descolonialidade é apresentada como uma via teórica e prática de desconstruir padrões, conceitos e perspectivas impostas historicamente aos povos colonizados e conseqüentemente tecer uma crítica radical aos aspectos modernos, pós-modernos e em última instância neoliberais. Sendo o pensamento descolonial emergente



enquanto um movimento de contraposição inerente à fundação da própria modernidade, o que conseqüentemente possui relação direta com a formação em psicologia e todas as subjetividades que são influenciadas por essa perspectiva formativa.

Em suma, a formação em psicologia é compreendida neste estudo enquanto ciência influenciada por esses modelos epistemológicos de inspiração eurocêntrica por entender que estes modelos também circunscrevem um projeto de sujeição, impactado pelo individualismo e pelo utilitarismo historicamente construído, excluindo assim a dimensão transdimensional de outros elementos como potencializadores de formação humana e nas formas de personalidade que se expanda além dos limites usuais da consciência dirigida do ego.

Por conseguinte, buscou-se através desta investigação estabelecer os seguintes propósitos: Objetivo Geral, sendo composto da seguinte forma: compreender por uma perspectiva descolonial os referenciais teórico-metodológicos clássicos da formação em psicologia e seus desdobramentos. Objetivos Específicos, sendo composto da seguinte forma: 1. Apresentar a história da psicologia em seus viesamentos clássicos e 2. Tecer concepções críticas descoloniais a partir da história da psicologia elevando as suas repercussões formativas.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### Os primórdios do racionalismo como precursor da Psicologia

Desde os primórdios o ser humano questionou a sua existência, origem e causalidade de suas ações. A filosofia foi o primeiro campo do saber a atentar-se sobre questões existenciais, bem como a tecer exercícios de investigação e indagação a fim de explicar e compreender a humanidade. A priori, a mitologia surge para delinear conjecturas outrora não elaboradas; o mito serve sempre de instância normativa para a qual apela o orador, há no seu âmago alguma coisa que tem validade universal. Ou seja, as narrativas mitológicas possuíam o significado dado por quem as produzia, provando-se legítima de maneira empírica e sendo adotadas pluralmente (Rossi, 2007).

De acordo com Rossi (2007), as narrativas míticas eram as preditoras de conduta tanto espirituais, quanto comportamentais. Além disso, o mito servia como um referencial a ser seguido em todas as esferas do cotidiano: políticas, sociais e culturais. Cambaúva (2000) postula que o marco inicial do pensamento humano ocidental foi a filosofia grega em oposição a essa mitologia, tendo em vista que esta é característica de sociedades arcaicas. É a partir do saber filosófico que a busca da razão, do conhecimento sistematizado e da lógica é fomentado. Isto corrobora para o rompimento às convenções míticas e à valorização da razão como principal atributo de aquisição de conhecimento da vivência humana.

Cambaúva (2000) também discorre que o marco inicial da história do pensamento no ocidente foi, indubitavelmente com a filosofia grega. Através desta, o ser humano começa a buscar lógica e racionalmente o conhecimento de si e do mundo natural. A modernidade é fortemente marcada pela conjectura mecanicista do funcionamento do ser humano. A separação mente e corpo do sujeito tece uma sobreposição do psiquismo. Essa concepção

foi fortemente defendida por René Descartes (1596-1650), apregoando que a mente age sobre o corpo através da razão e recebe influência deste através das sensações e emoções. Essa corrente não considera os processos de intersecção entre sujeito-ambiente e vice-versa, tornando os fenômenos isolados e aquém do que ocorre no cotidiano (Albarello; Mota, 2019).

Para além dos ensaios filosóficos e matemáticos no decorrer da história para compreender a humanidade, fisiologistas também utilizaram metodologia para tornar tangível a compreensão dos processos introspectivos. Os estudos sobre as sensações foram conduzidos através de método experimental por fisiologistas. Müller (1801-1858) trouxe através de métodos experimentais importantes considerações sobre o funcionamento das sensações no corpo. Para ele, as sensações não são apenas impulsos que se delineiam através de estruturas orgânicas: são energias específicas. Através das contribuições de Muller e de outros fisiologistas, os conteúdos psicológicos puderam ser passíveis de observação e controle (Albarello; Mota, 2019).

Dessa forma, a epistemologia da psicologia transitou desde a Antiguidade através de reflexões e postulações de filósofos clássicos como Aristóteles, para a modernidade com métodos cartesianos até a experimentação em laboratório a fim de compreender os conteúdos mentais. Um prelúdio importante para a consolidação da Psicologia enquanto ciência foi com o filósofo, médico e psicólogo Wilhelm Wundt (1832-1920). Ele realizava em seu laboratório ensaios onde pedia para os voluntários experimentarem sensações (beber líquidos, descrever estruturas entre outras situações) e os conduzia através da introspecção a relatarem seus pensamentos, sentimentos e sensações. Apesar de ao longo da história os estudiosos se atentarem às questões humanas, foi apenas em 1879 que pôr fim a psicologia funda-se sob o status de ciência (Araújo, 2020; Leonardi, 2011).

Após Wundt, inúmeros outros teóricos propuseram-se a estudar de maneira experimental as vivências humanas a fim de tornar tangível e mensurável todo o conteúdo mental. John Watson (1878- 1958) rompe com a técnica de introspecção Wundtiana, trazendo para a observação os comportamentos públicos, não atentando-se aos processos cognitivos por ausência de mensuração. Ele foi o principal precursor do Behaviorismo (campo da psicologia que tem como objeto de estudo o comportamento – público e observável). O objetivo de Watson era trazer para a metodologia científica a relação entre estímulo e resposta, bem como conduzi-la de maneira controlada (Araújo, 2020; Leonardi, 2011).

O Behaviorismo também ganhou força a partir dos experimentos de Pavlov (behaviorismo metodológico) que tinha o intuito de prever e controlar o comportamento: a este, ele nomeou de condicionamento respondente. Mais tarde, Skinner contribuiu com o behaviorismo – ao qual o nomeou behaviorismo radical – de forma a estudar tanto os comportamentos públicos e observáveis quanto os comportamentos privados. Ele negou a existência da mente, mas se propôs a investigar o comportamento humano em meio a variáveis externas como o ambiente e como este relaciona-se (Albarello; Mota, 2019).

As vertentes comportamentalistas fundamentaram, por fim, o viés racional e metodológico da subjetividade humana. Porém, inúmeras críticas da comunidade científica surgiram justamente pelo behaviorismo desconsiderar os eventos mentais que ocorriam para além do comportamento público e observável, como a memória, vontade, emoções, pensamentos e todos os constructos que compõem a cognição humana.

Coube então, à teoria cognitiva estudar os processos mentais de maneira aprofundada, bem como os estudos sobre memória, percepção, pensamentos e aprendizagem, trazendo o funcionamento mental como o principal foco dessa teoria. O Cognitivismo tem o seu marco histórico nos Estados Unidos entre a década de 50 e 60 com conferências acerca de estudos sobre a memória. Os cognitivistas relatavam que para além da experiência, os aspectos biológicos e fisiológicos dos sujeitos influenciam no processo de estar no mundo. Os métodos científicos para exemplificarem essa teoria além da observação, estão na criação de experimentos próprios realizados pelos teóricos. Os cognitivistas contrapõem os comportamentalistas no tocante ao caráter experiencial do indivíduo, e não apenas no homem relacionando-se e respondendo ao ambiente unicamente (Albarelo; Mota, 2019).

Toda a construção da psicologia pelo viés racionalista trouxe importantes descobertas no que tange ao funcionamento biofisiológico dos processos psicológicos. Contudo como pôde-se observar, a lógica e a razão como o cerne de toda a vivência, tornam o ser humano alheio a todos os acontecimentos intra e intersubjetivos, conotando a necessidade de diferentes abordagens complementares que integrem todo o saber levando em consideração o caráter holístico dos seres humanos (Prado-filho; Martins, 2007).

É importante compreender como os aspectos externos influenciam os eventos internos. Porém, atribuir unicamente à racionalidade humana toda a legitimidade é equivocado, haja vista que os sujeitos são construídos através de aspectos biopsicossociais e estes relacionam-se de maneira dinâmica; controlar e prever a subjetividade humana imputam aos sujeitos uma ótica mecanicista, isolando-o de sua própria humanidade, afastando o próprio ser do campo do saber da Psicologia.

A formação da Psicologia como ciência é associada por muitas vezes com a visão científica e experimental de Wilhelm Wundt (1832-1920), que em suas pesquisas realmente conseguiu fazer a Psicologia obter ótimos patamares, entretanto é necessário também analisar que muitas outras correntes de pensamentos como: mecanicismo, reducionismo, determinismo, empirismo, associacionismo e positivismo colaboraram e sustentaram as bases psicológicas. Dessa forma, cabe o questionamento de como essas doutrinas e correntes em seus pensamentos podem estar de maneira mais presente e cotidiana em atendimentos clínicos, hospitalares, sociais e os demais na vida real de um Psicólogo(a).

Para contextualizar a indagação realizada acima, faz-se preciso então do entendimento de como essas correntes que influenciam até os dias atuais a ciência psicológica surgiram e tomaram forma. As teses e pensamentos registrados até o advento do que é hoje a Psicologia em si, partiu há séculos, e por questões histórico-sociais foi mudando e a cada mudança construindo pensamentos cada vez mais diversos. Como exemplo a ser exposto disso, houve a mudança da Idade Média, considerada época das trevas, para o Renascimento que será de suma importância para a Psicologia.

O Renascimento foi uma época de muita riqueza cultural, artística, religiosa entre outras contribuições para a humanidade, o homem passa de uma visão de trevas, para criador do seu próprio pensamento de forma livre. O filósofo e matemático francês René Descartes, da famosa frase “Penso, logo existo”, foi um dos maiores contribuintes dessa época para a ampliação da ideia racionalista, que pressupõe a capacidade do indivíduo de saber através da razão, afirmando assim obter um conhecimento seguro e também

verdadeiro. Além disso, Descartes descreve o cogito que é capaz de compreender dois componentes em si: uma coisa que pensa (*res cogitans*) e uma coisa que ocupa espaço (*res extensa*), caracterizada posteriormente para a Psicologia como a discussão mente e corpo como uma unidade (monismo) ou funcionamento distinto (dualismo) (Descartes, 1999).

Logo, além do Racionalismo outras correntes que foram citadas no início da discussão e que deram base também a Psicologia foram de suma importância para o contexto histórico, voltando assim para a questão de como iremos adequar essas correntes para o nosso cotidiano de trabalho. Claramente, os pensamentos evoluem ou não, a cada século que se passa já que somos uma sociedade líquida segundo Bauman (2001), então cabe a cada profissional dentro do preceito ético existente, juntar as ideias passadas e presentes para que desse modo o paciente seja atendido da melhor maneira possível e assim colaborar com o bem-estar do indivíduo nos diferentes contextos de atendimentos existentes.

## **Breve consideração sobre a fisiologia e sua contribuição para a Psicologia**

Segundo Schultz e Schultz (2009), tornando-se uma disciplina de orientação experimental na década de 1830 a fisiologia tinha como objeto de estudo a estrutura e o funcionamento do cérebro humano. Os primeiros fisiologistas estavam realizando inúmeras pesquisas acerca do sistema nervoso e da atividade neural. Ao final do século XIX a pesquisa fisiológica estimulou e orientou diretamente a nova psicologia.

Para os fisiologistas, o que une o homem ao mundo são as sensações. Por isso, elas eram seu maior objeto de estudo. Sensação é a tradução fisiológica do que é captado pelos órgãos dos sentidos. Num ponto de vista mecanicista, acreditava-se que os órgãos dos sentidos reproduziam o mundo exterior com exatidão para o mundo interior. Com o tempo, identificaram que aquilo que percebemos não é exatamente igual ao mundo externo. Porém, o mundo continuava existindo e sendo comum a todos (Torres, 2016, p. 86).

O campo da fisiologia desenvolveu tipos de técnicas de pesquisa e descobertas que sustentavam uma abordagem científica da investigação psicológica da mente com método experimental, e quatro cientistas são responsáveis diretos pelas primeiras aplicações desse método. Hermann von Helmholtz, Ernst Weber, Gustav Theodor Fechner e Wilhelm Wundt (Schultz; Schultz, 2009).

Com suas pesquisas influentes na Física, na Fisiologia e na Psicologia, Hermann Von Helmholtz direcionou seus princípios ao mecanicismo, reducionismo e determinismo. Para ele, os órgãos dos sentidos funcionam da mesma forma que uma máquina (Torres, 2016). Conforme o mesmo autor, Helmholtz conduziu pesquisas que pretendiam investigar os impulsos nervosos e suas transmissões além de incentivar que os cientistas não só estudassem, mas também produzissem aparelhos e máquinas que pudessem coordenar as variáveis de uma pesquisa ou interferissem no fenômeno pesquisado.

Schultz e Schultz (2009), afirma que a demonstração de Helmholtz sobre a velocidade de condução não ser instantânea sugeriu que o pensamento e o movimento se seguem um ao outro com um intervalo mensurável. Helmholtz, no entanto, só se interessava pela medida, e não pelo seu significado psicológico, mas sua pesquisa foi uma das primeiras indicações de que era possível fazer experimentos e medir um processo psicofisiológico.

Ainda de acordo com Schuster e Schuster (2009), Weber foi um pesquisador que tinha por interesse a fisiologia dos órgãos sensoriais, visto que o interesse pelos sentidos sensoriais da época se limitava a visão e a audição, Weber explorou novos campos como a pesquisa sobre as sensações cutâneas e musculares. Seu destaque se deve por ter aplicado os métodos experimentais da fisiologia aos problemas de natureza psicológica, e sua maior contribuição à psicologia é sua pesquisa sobre o limiar de dois pontos de discriminação da pele que é a distância entre dois pontos necessários para que uma pessoa possa relatar que teve duas sensações distintas, essa pesquisa de Weber assinala a primeira demonstração experimental sistemática do conceito limiar, e o ponto que um efeito psicológico começa a ser produzido.

Para Torres (2016), Fechner foi um pensador múltiplo, fisiologista, físico, filósofo e psicofísico, além de crítico do pensamento científico quando demonstrada de forma fria e exagerada. Durante anos ficou inativo e foi posteriormente a este período que desenvolveu o estudo das sensações, dando continuidade aos estudos de Weber, onde buscou o cálculo do ponto exato de união entre o físico e o psíquico, iniciando assim a Psicofísica. Fechner desenvolveu vários experimentos, amplificando ou reduzindo o mesmo estímulo para chegar a números cada vez mais confiáveis para essa relação, gerando métodos de pesquisa e experimentação em Psicofísica.

Fechner repentinamente compreendeu que a lei que governa o vínculo entre a mente e o corpo poderia ser encontrada num relacionamento quantitativo entre uma sensação mental e um estímulo material. Um aumento na intensidade do estímulo, disse Fechner, não produz o mesmo aumento na intensidade da sensação. Em vez disso, o estímulo é caracterizado por uma série geométrica, enquanto uma série aritmética caracteriza a sensação (Schuster; Schuster, 2009, p. 66).

A palavra psicofísica é definida como o relacionamento entre os mundos mental e material. Em sua pesquisa, com seus experimentos sobre o levantamento de pesos, o brilho visual e distâncias táteis e visuais, Fechner desenvolveu um e sistematizou dois dos três métodos fundamentais da psicofísica, que são o método do erro médio, o método dos estímulos constantes e o método dos limites (Schuster; Schuster, 2009).

Conforme os autores acima, Fechner desenvolveu o método do erro em colaboração com A. W. Volkmann. O método supõe que os nossos órgãos sensoriais estão sujeitos à variabilidade, impedindo-nos de obter uma medida verdadeira. Obtém-se um grande número de medidas aproximadas, consistindo em fazer os sujeitos ajustarem um estímulo variável até perceberem que ele é igual a um estímulo-padrão constante, a média representa a melhor aproximação do valor verdadeiro, ou seja, o erro de observação, esta técnica é utilizada em pesquisas atuais sendo útil para medir o tempo de reação, a discriminação visual e a extensão das ilusões.

Há quem considere que Fechner teria sido o verdadeiro criador da Psicologia antes de Wundt. Ao realizar o recorte histórico pode-se dizer que não é possível definir quem é o “dono” de um determinado pensamento do ponto de vista histórico, pois o *zeitgeist* está disponível para todos, não é algo que possa ser privatizado. A Psicologia nasce de uma interdisciplinaridade e é importante termos essa consciência (Torres, 2016).

Wundt delimitou que o objeto de estudo da psicologia seria a experiência imediata, e isso ocasionou uma cisão entre a ciência da natureza e a psicologia, pois para Wilhelm

a ciência da natureza estudava a experiência mediata que pode ser medida é influenciada pelo meio externo, Torres (2016), sendo assim a experiência imediata é a conexão do sujeito com a sua psique sem qualquer interferência, mas também descartou objetos de estudos inviáveis para a experiência em laboratórios como a psique (o estudo da alma) e o estudo da mente (considerada como substância imaterial).

Todo esse processo deu à psicologia a posição de ciência, porque seguia a concepção do conhecimento científico que era buscada no século XIX, devido à grande popularidade da teoria da evolução, o que evidencia que as influências culturais, políticas e econômicas sobre o campo da psicologia discutido por Luiz e Souza (2022) existem antes de sua concepção como ciência.

A criação de Wundt do laboratório em Leipzig, Alemanha, em 1879, é um marco até o momento presente, pois foi o início da docência da psicologia como ciência e da maioria dos experimentos de Wilhelm no campo. Os estudos de Wundt tentou entender a dinâmica da psique e indivíduo do indivíduo ao social, mas que não tiveram grande influência, porém, separou os processos da mente do associacionismo, ao criar a concepção de que existem processos simples (sentimento e sensação) que se fundem para criar processos complexos e dessas fusões é de onde segundo Wilhelm nascia as ideias originais (Araújo, 2020).

Edward Bradford Titchener foi aluno de Wundt que estudou na Alemanha no laboratório de Leipzig, mas que se mudou aos Estados Unidos e fundou o estruturalismo que buscava os elementos fundamentais da consciência usando a experiência imediata inicialmente, mas sua pesquisa trouxe de volta o mecanicismo, reducionismo e associacionismo que era presente nesta época nos Estados Unidos, e assim é possível perceber que a psicologia pode ser influenciada isso ocorre segundo Luiz e Souza (2022), devido ao objeto de estudo da psicologia que divergem entre o objetivo e subjetivo, e devido ao seu campo teórico, dificilmente delimitado. A busca de Titchener pelos processos fundamentalistas da mente estava ligada à antiguidade, onde se buscava o primeiro estado das coisas, ainda que, como Wilhelm estudava o consciente e buscava seguir do mais simples ao mais complexo (Prado-filho; Martins, 2007).

Sua experiência em laboratório identificou erro na introspecção com relação ao estímulo que poderia causar uma confusão mental, por causa disso usou o rigor nas experiências e seu método passou a ser uma experiência imediata sistemática que seguiam normas rígidas de observação, descrição e objetividade, o que influenciou na criação de relatos imparciais até o momento, e ainda assim suas pesquisas não foram em frente devido à inviabilidade, pois, segundo Torres (2016), Titchener identificou mais de 88.920 elementos mentais que se combinavam entre si e que sobreexceder o projeto.

Em sua concepção original, o funcionalismo surgiu conforme a demanda atribuída à necessidade contemporânea de adaptação, representando uma perspectiva que buscou integrar a teoria à prática. Do ponto de vista funcional, a análise se concentra em reformular os métodos de avaliação das pessoas, levando em consideração suas peculiaridades, subjetividade e consciência. Enquanto o estruturalismo se ocupava da questão dos elementos constituintes da consciência, o funcionalismo direciona seu interesse ao entender para que servem suas características no contexto prático.

Neste sentido, compreender a consciência como um fluxo em movimento ou como uma habilidade destinada a resolver problemas e não como objeto estático. Por isso mesmo, dentre as principais características do funcionalismo está uma doutrina filosófica denominada pragmatismo, que expressa a preocupação com a prática e com a utilidade das coisas, a saber: a consciência (Torres, 2016).

A principal influência adveio do biólogo inglês Charles Darwin (1809-1882) reconhecido por suas teorias revolucionárias sobre as transformações da natureza e dos animais, fenômeno denominado como teoria da evolução e da seleção natural, com um estudo aprofundado publicou em 1859 o livro “A Origem das Espécies”. A teoria da evolução consiste na afirmação de que os seres vivos mudam de geração para geração em busca de maior adaptação ao meio ambiente. Ao passo que, a seleção natural demonstra a forma que essa evolução acontece: aqueles que não estão adaptados ao meio, morrem, e não passam para as próximas gerações a sua genética.

Logo após isso, veio Jean-Baptiste Lamarck (1744-1829), ao estudar a natureza e criar teorias sobre as transformações que os animais sofriam de acordo com as necessidades ambientais. O exemplo mais conhecido de suas teorias é a do pescoço da girafa, que havia crescido para alcançar as folhas mais altas e depois passaria essa característica para os seus descendentes (Schultz; Schultz, 2009 *apud* Torres, 2016).

A Psicologia passou a buscar e compreender mais especificamente sobre as características humanas, precisamente com o estudo realizado por William James (1842-1910) no livro “Os Princípios da Psicologia”. James foi o grande precursor da psicologia funcional ao estudar a obra de Wundt passou a desenvolver suas críticas sobre a psicologia experimental. Em suas aulas, seus pensamentos sobre as relações entre Fisiologia e Psicologia foram tomando força e consistência, alterando assim, o rumo e instituindo os objetos da Psicologia como os mecanismos de adaptação dos seres humanos ao seu ambiente.

Schultz (2009) afirma que para William James havia uma função evolutiva na consciência, cujo papel é garantir a sobrevivência do indivíduo, reconhecendo que as pessoas são semelhantes aos animais. Devido a isso, também aborda aspectos não racionais na psicologia humana, como a emoção e a paixão, igualmente nos processos intelectuais. James também estudou crenças e religiões e, segundo ele, as crenças e os desejos pessoais interferem no processo racional e na formação de conceitos. O mesmo considerava a experiência do sujeito diante do ambiente e as sub estruturas físicas da consciência, ou seja, as características corporais, principalmente no que diz respeito ao cérebro. Para ele, seria preciso realizar investigações através de dois caminhos: o dos fenômenos (experiência imediata) e o das condições (influência do corpo e do cérebro na consciência).

À vista disso, a consciência não pode ser dividida em elementos, pois é uma experiência constante denominada Fluxo de consciência. Esses aspectos trabalham em conjunto e têm por finalidade a sobrevivência do sujeito. Assim, a psicologia funcional buscou compreender como o sujeito interage com o mundo através dessas características.

## O advento da modernidade

Neste sentido, nos deparamos com a modernidade; A modernidade é um tema e uma época complexa e multifacetada, que permeia por várias áreas do conhecimento, incluindo a Psicologia. As bases epistemológicas da Psicologia, como o positivismo e suas alternativas, pavimentaram o caminho para que hoje ela pudesse ser a ciência que é, em constante construção. Porém, essas bases influenciam a forma como a psicologia é ensinada e praticada até hoje. Foi entendida como uma fase mais evoluída da ciência racionalista e com maiores repercussões e mudanças sociais e culturais em sua época, afetando a prática e o estudo da psicologia, incluindo a forma como se abordaria questões como identidade, saúde mental e comportamento social (Luis; Sousa, 2022).

À vista disso, a modernidade emergiu na Europa a partir do século XV, marcando o fim da Idade Média e o início da Idade Moderna. Foi marcada pelo Renascimento, Revolução Científica e Iluminismo e trouxe mudanças profundas em diversos aspectos da sociedade, incluindo a psicologia como ciência. Esse movimento priorizou a racionalidade e o método científico, abandonando as explicações ortodoxas religiosas. Na psicologia, essa ênfase na racionalidade influenciou a forma como os fenômenos mentais e comportamentais foram estudados, buscando explicações objetivas e baseadas em evidências científicas (ABIB, 2009).

Precisamos levar também em consideração a influência do Iluminismo na formação da psicologia moderna; Os conhecimentos sobre a mente e o comportamento serviram como base para os filósofos e os cientistas do Renascimento e do Iluminismo. Assim, com esses conhecimentos sendo desenvolvidos, os fatores que permitiram que a psicologia se constituísse como ciência maturaram.

O pensamento iluminista esposou o progresso na história humana. Seus ideais como a valorização da razão, da ciência e da individualidade contribuíram para o surgimento da psicologia como uma disciplina científica autônoma. Contribuições de filósofos como Descartes, Locke e Kant foram cruciais para o desenvolvimento do pensamento psicológico moderno. Através do desenvolvimento de formas racionais de organização social e de modos de pensamento (Mancebo, 2002).

Esta forma de pensar prometia a libertação das irracionalidades da religião, da superstição, a eliminação do uso arbitrário do poder, a ruptura com a tradição. Com essa contracultura racionalista antropocêntrica, nasceram doutrinas de igualdade, liberdade, crença na inteligência humana e na razão universal. Mancebo continua que se acreditava nesse período que as artes e ciências poderiam promover, não somente o controle da natureza, como também a compreensão do mundo e do eu, a evolução moral, a justiça, e até a felicidade e bem-estar dos seres humanos.

Este caráter indubitavelmente moldou a psicologia em sua criação, especialmente com a fundação do primeiro laboratório de Psicologia por Wilhelm Wundt. Na psicologia, isso se traduziu em uma atenção crescente à subjetividade individual, considerando o papel ativo do sujeito na construção de sua própria experiência. Tanto que uma das primeiras escolas da psicologia foi o voluntarismo, com o seu principal intuito sendo de compreender a forma como a mente organizava a experiência como um ato de vontade, e a denominação voluntarismo, indicando uma diretividade da natureza ativa da mente (Campos, 2016).



Mesmo após a fundação da Psicologia científica e racionalista, cada sistema que veio a seguir serviu como referência positiva ou negativa para estudiosos mais recentes, e sempre houve esse movimento de analisar as teorias e as contrapor com conceitos novos, permitindo que a Psicologia evoluísse como estudo. Por exemplo, Wundt, considerado o “pai” e precursor da Psicologia, foi tão criticado, que a sua escola deixou de existir. Contudo, mesmo depois de tantas críticas, a criação de seu laboratório, ainda continuou sendo o marco da Psicologia como campo científico.

Em outras palavras, Campos sugere que somente estudando suas origens e o seu desenvolvimento ao longo do tempo, podemos ver com clareza, e no contexto, a diversidade da Psicologia moderna, o que nos permitirá um posicionamento crítico e não uma mera reprodução de teorias de forma acrítica e improdutiva para a nossa vida profissional.

A formação de Estados-Nação, a expansão transoceânica e a globalização, junto com o desenvolvimento de ideologias políticas também caracterizaram a Modernidade. Na psicologia, isso se relaciona com a organização das instituições de ensino e pesquisa, influenciando a formação em psicologia.

Os movimentos de inovações na comunicação e transporte aliados ao estabelecimento de uma economia globalizada baseada no comércio e na dominação colonial também fazem parte desse período. Na psicologia, essas mudanças afetaram os contextos de pesquisa e prática, considerando a diversidade cultural e a globalização que foram se relacionando, resultando na deleção das pluralidades e formas de ver e entender o mundo.

Fernandes, Gonçalves e Silva (2022) argumentam que a modernidade se fundamentou no distanciamento da experiência humana em relação ao mundo e à natureza, podendo relacionar com a concepção de humanidade que a psicologia adota, e separando ela diretamente da natureza. Esse paradigma se enraíza nas bases do racionalismo moderno, que busca compreender e controlar as leis que regem a natureza. A natureza é vista como um recurso a ser dominado e explorado em prol do progresso e desenvolvimento humano, em linha com as estruturas sociais do capitalismo e suas manifestações, incluindo o colonialismo, o extrativismo, o desenvolvimentismo e o neoliberalismo.

Essa visão epistemológica influencia a forma como a psicologia concebe a relação entre o ser humano e o meio ambiente, destacando a importância de considerar esses aspectos na compreensão dos fenômenos psicológicos e na formulação de teorias e práticas psicológicas. Isto destaca também a relação entre modernidade, ciência racionalista e psicologia são de bastante relevância para a época, nos permitindo destacar as implicações epistemológicas e sociais dessas interconexões.

A dicotomia do conhecimento racional com o “comum” foi então criado, tornando o senso comum algo vulgarizado, inválido, quando na realidade, este possui uma riqueza sem igual para proporcionar um repertório de intervenção sensível e consciente das diferentes formas de ser e existir no mundo. Com essas pluralidades silenciadas e excluídas pelo movimento colonialista e ocidental, se vê necessário o movimento contrário dos futuros psicólogos, e desenvolver esse esforço e crítica descolonial constante, para melhor entender perspectivas subjetivas nas diversas áreas de atuação da Psicologia.

Albarello e Mota (2019) discorrem como a centralidade do sujeito é objeto de investigação desde os primórdios filosóficos e as influências fisiológicas dos cientistas, a, seja na individualidade, subjetividade, consciência, inconsciência, racionalidade, interatividade, experiência, intelectualidade, sentidos, sensações, e outros objetos. Eles também teorizam relacionado ao método científico, que a psicologia avançou significativamente em seus estudos para entender e agir empiricamente sobre os fenômenos investigados. Com as contribuições de várias raízes epistemológicas, surgem as abordagens psicológicas como método de aplicação prática nos diversos contextos que são de conhecimento estendidos ao contemporâneo, como a psicologia escolar, clínica, hospitalar, organizacional e a psicologia social.

Os autores continuam como a psicologia moderna teve influência de vários fundamentos teóricos e metodológicos, como a perspectiva estruturalista, funcionalista, conexionista, existencialista, fenomenológica e humanista. O nascimento dessa nova ciência foi dado em uma época que se necessitava obter exatidão e métodos rigorosos para ter sua validade como ciência. Porém, como se mensurar a subjetividade humana? Seu método empírico e científico divergem de abordagens práticas, contudo não há um consenso acerca do objeto de estudo, tendo em vista que cada abordagem teórica percebe o sujeito a seu modo de pensar, analisar e contextualizar os fenômenos psicológicos e sociológicos da época.

Os cientistas defendem que a Psicologia deve ser considerada uma ciência totalmente empírica e científica, que explora as interações sociais e a construção sócio-histórica para entender o homem e a sociedade de maneira mais humanizada, e até mesmo tecnológica e moderna. Em relação à subjetividade, diferentes teorias e métodos têm visões variadas sobre sua origem e significado, embora algumas ideias se sobreponham. Em resumo, enquanto a subjetividade existir, a humanidade continuará a existir (Albarello e Mota, *op. cit.*).

Para Mussoi (2016, tradução nossa) Uma virada decolonial é um processo de mudança, tanto no pensamento como em sua prática. Este processo para ele estaria intimamente ligado às instituições acadêmicas enquanto locais fundamentais de produção de conhecimento. E se vê um potencial de mudança exatamente neste momento, para se quebrar paradigmas com a visão globalizada de forma “certa” de se existir.

Mussoi (2016) continua, afirmando que:

Há vários aspectos que se tornaram centrais para o funcionamento de uma universidade: erradicar o passado colonial, refletir sobre o que ainda está errado no presente e imaginar um futuro em que as experiências intersetoriais dos mais oprimidos sejam reconhecidas e valorizadas. Tudo isto pode contribuir para o aparecimento de teorias relevantes e produtivas.

Em seu contexto, o autor sugere para os psicólogos sul africanos que um envolvimento com a negritude, os feminismos negros e as masculinidades negras é fundamental para o projeto de construção de comunidades saudáveis. Ele afirma que isso abre possibilidades de mobilização, ação e mudança social.

Creemos que é necessário também um olhar crítico para qual os egressos da psicologia, tão quanto profissionais já estabelecidos, devam cultivar durante toda sua

jornada, sempre questionando e entendendo que as subjetividades estão sempre em uma constante, e cabe a nós nos atualizarmos, nos mantermos sensíveis ao contexto sócio-histórico-cultural que nos permeia. É o ato de entender a importância das bases epistemológicas que permitiram que a psicologia hoje se tornasse a ciência em crescimento que é, mas também possuir o senso crítico de questioná-la e olhar através dela, analisando o quão outros pontos, teorias e etimologias que não eram predominantes por questões sociais, podem ser de grande contribuição e validade para o entendimento do sujeito em sua integralidade holística.

Ainda assim, com o marcante momento individualizante da modernidade, Rose (2008) detalha como a psicologia estava a se tornar uma ciência “social”, uma ciência com vocação social, organizada e direcionada em torno de objetivos sociais. Isso se torna mais forte no período de antes e durante a Segunda Guerra Mundial e logo depois dela, quando a psicologia se direciona para os processos inerentes às coletividades humanas, grandes e pequenas. Nesse sentido ampliado, então, a psicologia se transformaria em uma verdadeira ciência social e humana.

É também nesse momento que correntes de terceira força da psicologia, de base humanistas e fenomenológicas, ganham grande notoriedade, rompendo com os costumes até então reducionistas das abordagens regentes da época. Em resumo, a modernidade foi um momento de oportunidade de entendimento do ser humano, moldou a psicologia como uma ciência, influenciando a compreensão da subjetividade e a formação do indivíduo.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura de metodologia de pesquisa bibliográfica. Compreende-se por pesquisa bibliográfica aquela desenvolvida a partir de materiais já elaborados, principalmente decorrentes de produções científicas, como livros e publicações periódicas (Gil, 2002). À vista disso, enquanto referência central adotou-se os livros: “Torres, André Roberto Ribeiro. História da psicologia. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2016” e Schultz, Duarte; Schultz, Sidney. *História da Psicologia Moderna*. 10. Ed. São Paulo: Cultrix, 2000 por apresentarem as principais ideias de História da Psicologia de forma paradigmática, nos ajudando a analisá-la de forma dinâmica. Além de serem consultados outro grupo de corpo teórico à nível de livros e artigos científicos diversos, nos ajudando a tecer nosso corpo argumentativo.

## RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto resultados, afirma-se que a Psicologia enquanto ciência está centralmente baseada numa concepção racionalista de base fenomenal, tais como consciência, sensação, percepção, sonhos, memória etc. Também é importante destacar desde já que não estamos negando a importância de tais empreendimento ocorridos nas últimas décadas, o movimento crítico em nossa investigação está no aplacamento disso na Psicologia em formato limitador, o que foi possível compreender que trata-se de um movimento que perdura desde a filosofia antiga, dialoga com ênfase na segunda metade do século XIX com o seu espírito de época racionalista e seguiu-se nessa premissa até os dias atuais se confundindo com a perspectiva de mundo neoliberal de perspectiva da colonialidade.

Todo esse compilado de saberes condensam-se no que passou a ser conhecido como científico, e a partir disso singularizando aquela forma de ser e saber, neste caso, de referência eurocêntrica, sendo a composição do campo científico no interior do sistema de ideias de todas as épocas partindo de uma concepção ocidental. Este processo foi intensificado pela corrente antropocena de base racionalista, tentando mensurar ou controlar os sistemas humanos por meio de modelos lógicos que se engendrou com o início de civilização moderna e assim tornando mais complexa o ideário científico que marcava o território euroestadunense através da investigação do universo mecânico.

Enquanto considerações finais, são notórias as implicações da modernidade/colonialidade em relação aos fundamentos epistemológicos na psicologia enquanto ciência e isso é nitidamente percebido influenciar na formação dos estudantes e futuros profissionais que decorrem de determinada matriz que possui como base as estruturas de poder do sistema-mundo capitalista moderno/colonial, modelos epistemológicos e pedagógicos hegemônicos.

Compreendendo a matriz de poder que funda a modernidade/colonialidade, podemos entender as categorias da subjetivação como aspecto estruturante da lógica moderno/colonial, onde demarca também os modos de produção e disseminação de conhecimentos considerados verdadeiros e válidos, culturalmente valorizados, como a corrente contemporânea da Psicologia baseada em evidências, de perspectiva racional, gerando uma hierarquização do conhecimento, em que somente aquele decorrente de epistemologias dominantes são legitimados intelectualmente, assim como as comumente conhecidas classificações dos transtornos mentais, agrupando diversidades de formas em aspectos singulares, corroborando para a universalização do comportamento desviante.

Em última análise indicamos que esse movimento da colonialidade extrapola os aspectos teóricos dos estudos em psicologia e passa a integrar formas de intervenção em psicologia, o que ganha notória repercussão negativa no sentido do(a) estudante de psicologia ser o(a) profissional mais capacitado em perceber o ser em seus múltiplos aspectos, em suas múltiplas individualidades, o que pode conferir à si enquanto profissional uma visão de homem e de mundo mais ampliada, além dos marcadores teóricos e assim conseguir engajar intervenções abrangentes, humanas e horizontais no sentido de desvincular a perspectiva médica curativa da sua prática.

## REFERÊNCIAS

ABIB, José Antônio Damásio. **Epistemologia pluralizada e história da psicologia**. Scientiae Studia, São Paulo, 2009.

ALBARELLO, Beatriz Amália; MOTA, Ricardo Vasquez. Perspectivas epistemológicas da psicologia: antecedentes históricos e filosóficos e contribuições para a psicologia contemporânea. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, 2019.

ARAÚJO, Saulo de Freitas; O passado e o futuro da psicologia experimental: contribuições de Fechner, Wundt e James, **Revista psicologia em pesquisa**, 2020.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BERNARDINO-COSTA, Joaze; MALDONADO- TORRES, Nelson; GROSGUÉL, Ramón. – **Decolonialidade e pensamento afrodiáspórico** / organizadores 1. ed. -- Belo Horizonte : Autêntica Editora, 2018.

CASTANON, Gustavo Arja. Psicologia como ciência moderna: vetos históricos e status atual. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, 2009.

CAMBAÚVA, Lenita Gama. Fundamentos da Psicologia: reflexões. **Psicologia em Estudo**, 2000.

DESCARTES, René. **Meditações Metafísicas**. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

FERNANDES, Saulo Luders; GONÇALVES, Bruno Simões; SILVA, Liliâne Santos Pereira. Psicologia, Povos Tradicionais e Perspectivas De (s) coloniais: Caminho para Outra Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, 2022.

GIL, Antônio Carlos, 1946- **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002

LEONARDI, Jan Luiz; Breves considerações sobre a concepção do objeto de estudo da Psicologia para Wundt e para Brentano; **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte; 2011.

LUIZ, George Moraes de. Sousa, Thiago Araújo Bezerra de. Epistemologia e formação do psicólogo: discussões contemporâneas. **Fractal: Revista de Psicologia**, 2022.

LUIZ, George Moraes; SOUZA, Thiago Araujo Bezerra; Epistemologia e formação do psicólogo: discussões contemporâneas; **Fractal: Revista de psicologia**, Niterói, 2022.

MANCIBO, D. **Modernidade e produção de subjetividades: breve percurso histórico**. Psicologia: Ciência e Profissão, 2002.

MIGNOLO, Walter. **COLONIALIDADE: O LADO MAIS ESCURO DA MODERNIDADE**. Revista Brasileira De Ciências Sociais, 2017.

MUSSOI, Paulo. The Conversation (ed.). **Decolonising psychology creates possibilities for social change**. 2016.

PRADO-FILHO, Kleber; MARTINS, Simone. **A subjetividade como objeto da(s) psicologia(s)**. 2007. 19 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ROSE, Nikolas. Psicologia como uma ciência social. **Psicologia & Sociedade**, 2008.

ROSSI, Andrea Lúcia Dorini de Oliveira *et al.* Mitologia: abordagem metodológica para o Historiador da Antiguidade Clássica. **História (São Paulo)**, 2007.

SCHULTZ, Duarte; SCHULTZ, Sidney. **História da Psicologia Moderna**. 10. Ed. São Paulo: Cultrix, 2000.

TORRES, André Roberto Ribeiro; **História da Psicologia**. Editora e Distribuidora Educacional S. A: Londrina, 2016.

## AGRADECIMENTOS

Realizo meus agradecimentos para com essa experiência de colaborar com colegas e docente nessa jornada acadêmica de uma forma tão enriquecedora, através do que se foi construído na experiência da disciplina na sala de aula. Vendo a repercussão da colonialidade na Psicologia, e a sua relação na epistemologia como prática, pude entender como isso resultou em práticas mais enrijecidas, segregatórias, menos integrais e holísticas. Gratidão também por ter me aprofundado neste tema, que proporcionou uma melhor forma de lidar e entender o escopo imenso das pluralidades do existir, como também me auxiliou ainda mais uma compreensão mais sensível para futuras intervenções e atuações na minha carreira.

Ana Clara de Lima Gabriel

Meus agradecimentos vão primeiramente ao docente e às demais colegas e monitoras da disciplina de História da Psicologia. Cabe salientar, o quão importante é a discussão acerca dos estudos da subjetividade e fundamentos epistemológicos em relação a críticas descoloniais as clássicas referências para a formação da ciência psicológica, auxiliando na ampliação do saber da existência de várias correntes filosóficas, sociológicas e que dão importância para a abertura e base a Psicologia e suas mudanças.

Maria Eduarda Paiva dos Santos

Expresso meus sentimentos com profunda gratidão pela oportunidade única de contribuir e participar do projeto que aborda de forma reflexiva e crítica os embates filosóficos clássicos da formação em psicologia na modernidade. A jornada foi uma verdadeira imersão na complexidade da subjetividade humana, proporcionando insights valiosos sobre a natureza do ser e estar de cada indivíduo. Gostaria de estender minha sincera gratidão às minhas colegas, futuras profissionais da área e ao nosso professor orientador que tornaram a experiência da escrita e pesquisa ainda mais significativa. Este projeto não apenas ampliou meu conhecimento sobre a psicologia e a filosofia, mas me permitiu desenvolver uma admiração mais profunda pela diversidade de perspectivas da individualidade e experiência humana.

Maria Eduarda da Silva Santos

Minha gratidão é de ter aprendido ainda mais sobre a história da psicologia de um ponto de vista novo, de ter compreendido as pequenas nuances de uma pesquisa, e o desenvolvimento deste projeto fez com que explorasse mais minhas habilidades de autoconhecimento e disciplina. O mais importante disso é poder repassar para os alunos tanto por conta do projeto feito com os colegas e professor, como na monitoria de história da psicologia, em poder ajudar no desenvolvimento dessa reflexão de uma psicologia mais abrangente e sem preconceitos para os novos alunos que vão se formar. Fico grata pela oportunidade de trabalhar com essas pessoas dedicadas e compreensivas que apoiam, e que respeitam todos como iguais.

Maria Eduarda da Silva Mesquita

Teço agradecimentos ao meu orientador pela oportunidade da monitoria e ao

convite para a participação neste ensaio colaborativo e reflexivo onde podemos pensar numa descolonização da psicologia eurocentrada desde a formação, visando uma psicologia crítica e social atrelando essas considerações à prática psicológica, atualizando e favorecendo novos estudos acerca desta análise. Porém percebe-se que apesar das ponderações muito se deve refletir sobre o sistema colonial, que sutilmente predomina os estudos e espaços, iniciando pela linguagem acadêmica como este escrito, muitas vezes não alcançando uma linguagem universal sobre as críticas e ensinamentos psicológicos por reverberar uma linguagem formalmente ligada a eurocentralização e colonização, deixando assim que este ensaio seja mais um estudo unificado sobre uma bolha de estudiosos e não alcançando seu verdadeiro significado descolonizador.

Ridelly Evelin Tavares de Souza

A priori, conduzo meus agradecimentos ao docente que me ofereceu apoio em minha jornada acadêmica. Me sinto grata ao debruçar-me sobre este tema, pois este toca em minha prática enquanto profissional. Considero de suma importância ter um olhar crítico sobre a origem do conhecimento, sobretudo quando este faz parte do meu exercício profissional. Me sinto enriquecida com este ensaio, e mais consciente das minhas práticas e conjecturas. Ademais, dedico também meus agradecimentos ao meu pai que sempre instigou a minha curiosidade sobre o mundo, sobre as coisas e sobre e as pessoas, bem como à minha avó, uma professora que afinou o meu conhecimento e me inspirou a buscar o meu caminho.

Maria Luiza Cavalcanti de Barros Silva

---

## Organizadora

## **Carolina Belli Amorim**

Doutoranda em Psicologia Educacional Pelo Centro Universitário FIEO, com bolsa pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Mestre em Psicologia Educacional Pelo Centro Universitário FIEO, Especialista em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo, MBA em Gestão de Recursos Humanos pela Faculdade Metropolitanas – FMU, graduada em Administração e Gestão de Recursos Humanos pela Universidade Estácio de Sá, graduada em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo. Atualmente é docente na Faculdade Capital Federal- FECAF, Docente e coordenadora de curso da Faculdade Estácio de Carapicuíba. Membro do grupo de avaliadores do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP.



---

# Índice Remissivo

## A

abordagem 43, 45, 50, 51, 52, 53, 60, 92, 98, 101  
alimentação 11, 13, 16, 17, 26, 32, 36, 37, 38, 39, 40,  
41,  
atividade física 13, 15, 17, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 58  
atividade neural 92  
autocrítica excessiva 53

## B

bactérias benéficas 25, 30, 33

## C

caráter holístico 91  
cérebro humano 92  
colônias europeias 88  
comportamento público 90  
conhecimento racional 97  
constituição humana 67  
conteúdos psicológicos 90  
contração muscular 38, 39  
crenças disfuncionais 52, 53, 55, 57, 59

## D

depressão 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53,  
54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62  
descolonialidade 87, 88  
desempenho 36, 37, 38, 39, 79  
desenvolvimento 11, 21, 35, 42, 43, 45, 51, 57, 59, 60,  
67, 73, 76, 78, 81, 82, 83, 85, 96, 97, 102  
diabetes 10, 11, 22, 25  
diagnóstico 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 57, 61  
dieta 17, 18, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 36, 37, 39, 40  
distorções cognitivas 53, 58  
doenças 12, 18, 21, 22, 23, 25, 45, 46, 48

---

## E

efeitos imunológicos 25  
epidemia 25  
estágio supervisionado 42  
estratégias 52, 54, 55, 56, 57, 58  
excesso de gordura 10  
exercício físico 15, 34, 38, 41,

## F

fatores de risco 9, 10, 11, 12, 13, 17, 21, 22, 47  
ferramentas 42, 43, 44, 60  
ferramentas terapêuticas 44  
formação 31, 42, 43, 62, 67, 71, 76, 79, 81, 82, 86, 87, 88, 89, 91, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103  
formação acadêmica 42  
fundamentos epistemológicos 86, 87, 88, 100, 102

## G

gestantes 27, 65, 68, 72, 74

## H

história humana 96  
humanidade 89, 90, 91, 97, 98

## I

inquéritos epidemiológicos 10  
institucionalizado 69  
inteligência humana 96  
intervenção 2  
intestinal 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35  
intestino 25, 26  
investigação psicológica 92

---

# M

mãe-bebê 65, 66, 67, 76, 78, 80, 82, 83, 84  
métodos fundamentais 93  
microbiota 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35  
modulação intestinal 25, 26

# N

neoliberalismo 88, 97  
nutrição 11, 21, 33, 36, 38, 41  
nutricionais 36, 40, 41  
nutricionista 36, 40  
nutricionistas 40

# O

obesidade 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23,  
24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35  
organismo humano 24

# P

paciente 25, 26, 36, 37, 39, 40, 50, 51, 52, 53, 54, 56,  
57, 58, 59, 60, 68, 75, 92  
pacientes 24, 28, 31, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 62, 75  
parto 47, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76,  
77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84  
parturiente 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 77, 79, 81, 82,  
83  
plano alimentar 36, 37  
possíveis lesões 36, 37  
prática 13, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 52, 58, 59, 60, 62, 67,  
75, 84, 87, 88, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 102, 103  
prebióticos 24, 25, 29, 34  
prevenção 2  
princípio fundamental 52  
processo 25, 36, 37, 38, 39, 40, 50, 53, 54, 55, 56, 58,  
59, 66, 67, 68, 69, 71, 74, 75, 78, 79, 83, 84, 85, 86,  
87, 91, 92, 94, 95, 98, 100  
produção de energia 38  
psicodiagnóstico 45

---

psicofísica 93  
psicologia 42, 43, 45, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94,  
95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103  
psicossociais 67  
psicoterapia 50, 52, 54, 59  
psicoterápico 50, 51, 53  
puerpério 65, 66, 67, 75, 78, 83, 84

## Q

qualidade de vida 2, 5, 10, 11, 59, 25, 36, 38, 40, 44,  
51, 58, 60

## R

reestruturação cognitiva 51, 54, 55, 56, 57, 59  
reposição energética 36, 37

## S

saúde mental 45, 48, 49, 52, 65, 67, 77, 96  
saúde mundial 11  
sinais precoces 55  
sistema 5  
sistema nervoso 45, 67, 76, 92  
sociedade mundial 88  
socioeconômica 10  
suplementação probiótica 25, 33

## T

tempo de parir 65, 66, 67, 73, 74, 75, 76, 79, 82, 83  
terapia 42, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 61  
transtorno depressivo 44, 45, 50, 51, 58, 59  
transtornos mentais 44, 45, 50, 100  
treinamento 13, 36, 37, 38, 53, 54, 57, 59

---

# V

vida 2  
vida mental 58  
vida professional 97  
vida social 48





**AYA EDITORA**  
**2024**

